

”Sånn sett så rydder vi i eget hus, men vi gjør det
veldig stille”, - om avvikshåndtering og
ytringskultur.

Forfatter:

Sølvi Røsvik Vågen

Veileder:

Professor Knut W. Ruyter

Mastergradsoppgave i profesjonsetikk,

Høsten 2008

Universitetet i Oslo, Det teologiske fakultet

SAMMENDRAG

Flere forskningsrapporter bekrefter en underrapportering av kritikkverdige forhold i helsetjenesten, og at bl.a. kommunikasjonsbetingelsene på arbeidssedet har betydning for om en melder fra eller ikke. Utgangspunktet for dette prosjektet var en undring over hvorfor det er så vanskelig å si i fra når en opplever kritikkverdig praksis.

Jeg har valgt å se på avdelingslederens ansvar og muligheter for å bidra til en åpen ytringskultur. Med avdelingsleder mener jeg de utøvenes nærmeste leder, et ledernivå som omfatter både fag, drift og ledelse. Jeg har benyttet en kvalitativ forskningsmetode i form av intervju, og ti avdelingsledere fra seks ulike sykehus deltok i prosjektet.

Hovedspørsmålet er hva som bidrar til å utvikle en åpen ytringskultur med rom for dialog og en felles forståelse om hva som er god praksis og hva som ikke er det. Tilnærmingen er bred med fokus på avdelingsledernes personlige erfaringer med avvikshåndtering, hva som kjennetegner deres lederpraksis og kulturelle mønster i avdelingene.

Bredden i prosjektet ivaretar sammenhengen mellom områdene som berøres, men bredden har samtidig redusert noe av muligheten for å gå i dybden innenfor de samme områdene. Funnene gir likevel noen råd om hvordan dette ledernivået bør styrkes og utvikles. Avdelingslederne er i en nøkkelposisjon når det gjelder avvikshåndtering og kvalitetsutvikling i helsetjenesten.

Det kommer bl.a. tydelig fram at avvikshåndteringen kan oppleves motsetningsfylt og ubehagelig for avdelingslederne. De ønsker å lede en avdeling med høy kvalitet på tjenesten, men skal samtidig avdekke og belyse alt som er kritikkverdig. Avdelingslederne er forpliktet til å drive innenfor tildelte økonomiske rammer, men opplever at noen avviksmeldinger også begrunnes i manglende samsvar mellom oppgaver og ressurser. Avvikshåndteringen viser seg derfor å skape irritasjon, sinne og avmaktsfølelse hos enkelte avdelingsledere, noe som i neste omgang påvirker behandlingen av både avvikene og de som melder i fra.

Beskrivelsene avdelingslederne gir av sin lederpraksis har jeg belyst i forhold til et teoretisk perspektiv som omfatter ledelse, kultur og etikk. Det teoretiske grunnlaget tar bl.a. utgangspunkt i forståelsen av helseorganisasjoner som komplekse system, og følger det får for forståelsen av lederrollen og hvordan endringer kan gjennomføres.

Gjennom denne delen av prosjektet kommer det frem tydelige forskjeller i hvordan deltagerne i studien mestrer balansen mellom fag, drift og ledelse. Noen opplever de drukner i den daglige drift, og sliter med å mestre en langsiktig ledelsesstrategi som er en forutsetning for å gjennomføre grunnleggende endringer. Mens andre deltagere viser at de mestrer de ledelsesutfordringene stillingen krever. Deres lederpraksis er også i samsvar med aktuelle teorier og forskning innenfor endringsledelse, og kan derfor ses på som et forbilde.

De kulturelle mønstrene som avdekkes i avdelingene viser bl.a. spenningen mellom de ulike aktørenes verdier og perspektiv. Denne konflikten viser at det må jobbes mer aktivt for å etablere en felles plattform på tvers av profesjonene i avdelingene om hva som er god praksis.

Spørsmålene rundt avvik berører også forholdet mellom profesjonsutøvernes etiske ansvar og organisasjonens ansvar. Dette spørsmålet er spesielt synlig når avdelingslederne forteller hvordan de håndterer avviksmeldinger som er begrunnet i misforhold mellom oppgaver og ressurser. En avdelingsleder må kunne utfordre styringssignaler som ikke er i samsvar med pasientenes behov eller personalets mulighet til å yte en helsetjeneste i samsvar med Sosial- og helsedirektoratets kvalitetskriterier.

Innhold

SAMMENDRAG.....	2
1.0 INNLEDNING.....	5
1.1 Tema og problemstilling	5
1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	7
1.2.1 Hva er god kvalitet på helsetjenesten?.....	7
1.2.2 Kritikkverdige forhold, - en trussel mot kvaliteten.....	8
1.2.3 Underrapportering av kritikkverdige forhold.....	9
1.2.4 De ansattes rett og plikt til å si ifra	9
1.2.5 Er lover og retningslinjer nok til å sikre en god og sikker helsetjeneste?.....	10
1.2.6 Behovet for utvikling av en åpen ytringskultur	11
1.2.7 Dialog som gir refleksjon, læring og utvikling	11
1.2.8 Avvikshåndtering, - evnen til å gjennomføre endringer i organisasjonen.	12
2.0 TEORETISK PERSPEKTIV	14
2.1 Ledelse, en begrepsavklaring.	15
2.2 Endringsledelse.	18
2.3 Hindringer for en effektiv og varig endring.	20
2.4 Lederen, - utvikles i spennet mellom kunnskap og dyder.....	21
2.5 Etisk perspektiv	23
2.5.1 Profesjonsetisk grunnlag	23
2.5.2 Er den profesjonelle en ufri moralsk aktør?.....	24
2.5.3 Verdsetting av arbeidstakere som sier i fra.....	25
2.6 Helseorganisasjoner som komplekse adaptive system.....	26
2.6.1 Komplekse system og ledelse.	27
2.6.2 Handlingsmønstre i komplekse system påvirker evnen til endring.	29
2.7 Mikrosystem, - en nøkkelarena for kvalitetsutvikling	30
2.8 Kontinuerlig forbedringsarbeid.	32
2.9 Individuell og kollektiv læring i en organisasjon.....	33
3.0 METODE.....	36
3.1 Valg av intervju som forskningsmetode.....	36
3.2 Utvalgsprosedyre og innsamling av data.	36
3.3 Gjennomføringen av intervjuene.....	39
3.4 Framgangsmåte for analysearbeidet.....	40
3.5 Forskningsetiske vurderinger	40
4.0 PRESENTASJON AV FUNN	42
4.1 Fokusering på at kritikkverdige forhold skal meldes.	42
4.2 Åpenhet og tillit som middel til at kritikkverdige forhold meldes.....	43
4.3 Mottak og behandling av avvikene har betydning for meldekulturen.	46
4.4 Hva som meldes og hva som ikke meldes.....	48
4.4.1 Avvik som berører det strukturelle i avdelingen.....	48
4.4.2 Avvik som berører relasjoner, maktstrukturer og ansvarsfølelse i kulturen.....	48
4.4.3 Sammenhengen mellom oppfattet risikoområder og meldte avvik.	51
4.4.4 Verdikonflikter og målkonflikter som bakgrunn for avvik.....	52
4.5 Forståelse av begrepene faglig og etisk forsvarlighet	54
4.6 Forventninger og tilbakemeldinger fra brukergruppene.	55
4.7 Utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet.....	57
4.8 Handlingsstrategier i møte med avvik og behov for kvalitetsutvikling	58

4.8.1	Avdelingsleder som rammevokter	58
4.8.2	Handlingsstrategier med vekt på åpenhet og involvering	60
4.8.3	Brannslukning og "fanget" i den daglige driften	65
4.9	Opplevelse av støtte i lederrollen, og behovet for å øke egen kompetanse	67
4.10	Avdelingslederens emosjonelle ubehag i avvikshåndteringen.	68
5.0	TA IMOT OG HÅNDBERE MELDINGER OM KRITIKKVERDIG PRAKSIS	72
5.1	"Min rolle er egentlig nifst viktig"	72
5.2	"Intellektuelt så ønsker vi oss varslere, men så er det noe i oss selv..."	73
5.2.1	Vise tillit til profesjonsutøvernes faglige og etiske skjønn	74
5.2.2	Refleksjon over egen praksis	76
5.2.3	Misforhold mellom oppgaver og ressurser, en etisk utfordring	77
5.2.4	Utfordre styringssignalene ovenfra som sier: "det er pengene som teller"	79
5.3	Utvikle en felles forståelse for hva som er faglig og etisk forsvarlig praksis.	80
5.3.1	Tverrfaglige utfordringer og brukermidvirkning	82
5.4	Reaksjoner hos leder påvirker avvikshåndteringen og forholdet til melder	84
5.5	Årsaker til underreportering	86
5.5.1	Mangelfull dialog mellom leder og medarbeidere	86
5.5.2	Lojaliteten til kollegaer er sterkere enn lojaliteten til pasientene	87
5.5.3	Uklarhet og uenighet om hva som skal meldes som avvik	88
6.0	LEDELSE SOM PÅVIRKER STRUKTUR, PROSESS OG KULTUR	90
6.1	Involverende og deltagende ledelse	90
6.2	Åpenhet og tillit i kollegiet er å kunne "kikke hverandre i korta"	91
6.3	Avdelingslederen som normsender og verdiformidler	92
6.4	Ledelse som påvirker kulturen	95
6.5	Beslutninger og endringsledelse	99
6.6	Utvikle seg som leder, og opplevelsen av støtte i lederrollen	102
7.0	KULTURELLE HANDLINGSMØNSTRE	105
7.1	Relasjoner	105
7.2	Beslutninger	108
7.3	Makt	111
7.4	Konflikter	113
7.5	Læring	113
8.0	AVSLUTTENDE KOMMENTAR OM AVDELINGSLEDERFUNKSJONEN	118
8.1	Konklusjon	118
	Etterord	121
	Litteraturliste	122
	Vedlegg 1: Informanter søkes til et prosjekt i forhold til temaet:	125
	Vedlegg 2: Intervjuguide, avdelingsledere	127

1.0 INNLEDNING

Iblant velger medarbeidere
”å ikke se” eller
”ikke høre” og heller
”ikke si noe” når de blir
kjent med kritikkverdig
praksis.



For en leder er det en stor utfordring å bryte en slik kultur, og bidra til å utvikle en åpen og anerkjennende kultur med vekt på læring, refleksjon og utvikling av god praksis. Hvordan en håndterer meldingene om kritikkverdig praksis tror jeg har stor innvirkning på mulighetene for å skape en åpen ytringskultur. Sitatet i tittelen hentyder at viljen til å rydde opp i kritikkverdige forhold kan være til stede, men at det ofte blir gjort i det stille. Dermed mister en mulighetene til verdidebatter der refleksjon og læring fører til en forbedret praksis i hele organisasjonen.

1.1 Tema og problemstilling

Utfordringene i helsetjenesten i dag er så komplekse at det er vanskelig å unngå feil eller forhold som kan føre til feil. En del kritikkverdige forhold blir rapportert, men det er anslått at det er en betydelig underrapportering i alle deler av helsetjenesten. Underrapporteringen kan hemme forbedringsarbeidet, og dermed forringes kvaliteten på helsetjenestene.

For å kunne rette på kritikkverdige forhold i helsevesenet er det avgjørende at de faktiske forholdene er kjent og erkjent. For å oppnå forbedring kreves det også en felles forståelse av situasjonen, og en bred oppslutning og involvering i forbedringsprosessen. God ledelse er viktig for å lykkes med dette. Kommunikasjonsbetingelsene i avdelingen har betydning for hvorvidt de ansatte melder fra om kritikkverdige forhold, og om de deltar i prosessen med å utvikle en stadig bedre og sikrere helsetjeneste. Den konstruktive og åpne dialogen må få rom i avdelingene.

I dette prosjektet ønsker jeg å se på hva som kan bidra til å skape en åpen dialog i en avdeling om hva som er etisk og faglig forsvarlig praksis. Refleksjon, utvikling og læring er viktige

elementer i en slik dialog. Fokuset i prosjektet vil bli på avdelingslederen, og ansvaret og mulighetene vedkommende har til å skape en åpen dialog i avdelingen med tanke på å sikre en etisk og faglig forsvarlig praksis.

Med avdelingsleder mener jeg de profesjonsutøvende sin nærmeste leder. Dette ledernivået blir også betegnet som mellomleder. Den betegnelsen gir meg assosiasjoner til at dette er et ledernivå som står under press fra flere sider, de står i mellom noe. Hvordan denne mellomsituasjonen kan oppleves når en får meldinger om kritikkverdig praksis i sin avdeling er også et fokus i denne studien.

Et kjennetegn på en avdeling som har en åpen ytringskultur er at ledere og medarbeidere viser en evne til både å gi og ta imot rosende og kritiske innspill til praksisen de er en del av. Mitt inntrykk gjennom flere år som arbeidstaker i helsetjenesten er at ytringsfriheten ofte problematiseres og hindres på mange arbeidsplasser. Flere har opplevd ubehagelige situasjoner når de har kommet med kritiske innspill til praksis fordi de oppdaget at den blir tatt som personangrep. Hvordan andre tar i mot ens ytringer ser ut til å påvirke ytringskulturen i en organisasjon mer enn noe annet. Den som opplever en kritikkverdig praksis kan velge hvordan saken skal legges fram, men vedkommende har ingen kontroll med hvordan omgivelsene vil reagere på det en melder fra om. Den som melder kan erfare at det fører til en kollektiv læring i organisasjonen, eller at det fører til konfrontasjon og konflikt eller at de rett og slett blir møtt med likegyldighet.

Utvikling og læring er viktige element i avvikshåndteringen, viktigere enn jakten på syndbukker når noe går galt. Selv om en ikke har en syndebukkmentalitet må en være oppmerksom på at endringene som er påkrevd kan være både på individnivå og på systemnivå. Å forbedre og forebygge kritikkverdige forhold krever ofte grunnleggende endringer. Avdelingslederen må derfor i stor grad kunne utøve endringsledelse både for å skape en åpen ytringskultur der dette ikke er tilstede, og for å kunne drive et kontinuerlig forbedringsarbeid. Det krever igjen en oppmerksomhet i organisasjonen på både strukturer, prosesser og kulturelle mønstre, og forbindelsen mellom dem. Grunnleggende og varige endringer får en bare hvis de blir etablert i kulturen.

Jeg har derfor valgt følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har avdelingsledere når det gjelder å motta og behandle avviksmeldinger, og hva i deres lederpraksis kan være med på å fremme eller hemme en åpen ytringskultur i avdelingen om hva som er god behandling og pleie, og hva som ikke er det?

Problemstillingen er bred om, og omfatter områder som personlige erfaringer med avvikshåndtering, utøvelse av praktisk ledelse og kulturen i avdelingen. Jeg har valgt denne bredden for å vise sammenhengene mellom disse områdene, noe som vil gå på bekostning av å kunne gå i dybden innfor de ulike områdene.

1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.

Fokuset videre vil være på avdelingslederens erfaringer og handlinger når det gjelder håndteringen av kritikkverdige forhold i egen avdeling. Utgangspunktet er hva som regnes som god kvalitet på helsetjenester, og at manglende rapportering om kritikkverdig praksis kan true kvaliteten.

1.2.1 Hva er god kvalitet på helsetjenesten?

Å bli møtt med respekt og omtanke i kombinasjon med faglig dyktighet er noe de fleste forbinder med god kvalitet på helsetjenestene. Helsedirektoratet har gjennom sitt strategiarbeid innen kvalitetssikring utarbeidet mer spesifiserte målekriterier for hva som er god kvalitet, og sier at god kvalitet innebærer at tjenestene:

- *”Er virkningsfulle*
- *Er trygge og sikre*
- *Involverer brukere og gir dem innflytelse*
- *Er samordnet og preget av kontinuitet*
- *Utnytter ressursene på en god måte*
- *Er tilgjengelige og rettferdige fordelt ”*

(Sosial- og helsedirektoratet 2007:9)

Arbeidet med å oppnå kvalitet på helsetjenestene kan ha ulike tilnærminger. Kvalitetskontroll og kvalitetssikring med fokus på tekniske forhold, prosedyrer og systemer er en tilnærming der kvalitetsmålingene skjer gjennom kontroll og dokumentasjon, gjerne av egne kontrollører og kvalitetsavdelinger. En annen tilnærming er at kvalitet utvikles gjennom mennesker og prosesser. Med denne tilnærmingen blir brukertilfredsheten viktig i målingen av kvalitet, og

ansvaret for forbedringsarbeidet er hos ansatte og ledere. Denne siste tilnærmingen beskrives gjerne som et kontinuerlig forbedringsarbeid.(ibid)

Tilsynsmeldingen 2006 fra helsetilsynet poengterer at forbedringsarbeid og pasientsikkerhet i praksis er viktig for en helseinstitusjon. På lederplass blir det konkludert med at tilsynssakene viser at helsetjenesten ikke er lærende organisasjoner. Tilsynet avdekker ofte de samme feilene ved et nytt tilsyn, og de ser at det altfor sjelden forekommer læring av feil som har blitt påpekt i andre deler av helsetjenesten. Å få presentert at helsetjenesten ikke er lærende organisasjoner er alvorlig med tanke på at feil innenfor denne tjenesten kan få alvorlig konsekvenser både menneskelig, økonomisk og ikke minst i forhold til omdømme og tillit i befolkningen.

1.2.2 Kritikkverdige forhold, - en trussel mot kvaliteten.

Begrepene som brukes om kritikkverdige forhold er mange. Uheldig eller utilsiktet hendelse, feil og tabbe er noen av begrepene som blir brukt. Professor Peter Hjort er en av de i norsk sammenheng som har forsøkt å vise omfanget og årsakssammenhenger rundt uheldige hendelser i helsevesenet. Han er svært bevisst på å bruke begrepet uheldige hendelser, og aldri feil eller tabber fordi han ikke ønsker å bygge opp under en sydebukkmentalitet. Det er ikke nok å bli kvitt sydebukken, årsakssammenhengene finnes både i systemet og i kulturen i følge Hjort (2007).

Jeg velger likevel i hovedsak å bruke begrepet kritikkverdige forhold i mine drøftinger. Uheldige hendelser vil for mange bety konkrete og avgrensede episoder som ikke er tilsiktet. Begrepet kritikkverdige forhold mener jeg får fram at dette både kan være enkelthendelser eller en generelt dårlig praksis over tid. Det beskriver også bedre at det kan være både tilsiktet og utilsiktet, og ikke minst så gir det mening å bruke begrepet både i forhold til konkrete feil, strukturelle forhold eller på enkeltpersoners oppførsel overfor pasienter og pårørende.

I følge Hjort så forekommer det han betegner som uheldige hendelser knyttet til pleie og behandling i helsevesenet på alle nivå, og i alle alvorlighetsgrader. Omfanget har gått gradvis opp for oss etter hvert som dokumentasjonen rundt slike hendelser har blitt bedre. Hjort har anslått at det er 2000 dødsfall og 18000 skader hvert år innen helsesektoren som skyldes uheldige hendelser. Dette medfører ekstra liggedøgn på sykehus tilsvarende 560 000 døgn. Det betyr at 1610 senger, tilsvarende to store sykehus, til en hver tid er opptatt med å ta hånd pasienter som er utsatt for uheldige hendelser. Tallene er basert på internasjonale statistikker fordi vi ikke har gode nok målinger i Norge, men de fleste som arbeider med dette tviler ikke

på tallene. En økonomisk beregning viser at dette koster ca 2 milliarder kr. I tillegg er slike hendelser en stor belastning for helsepersonell som er involvert. Pårørende er en også skadelidende, og tilliten til helsevesenet svekkes hver gang slike saker blir slått opp i media. Selv om vi aldri kan oppnå et helsevesen uten skader så antyder helsepersonell overfor Hjort at minst halvparten kunne vært unngått ved hjelp av ulike tiltak (Hjort, 2007).

De store tallene viser at arbeidet med å redusere antall kritikkverdige forhold må intensiveres innenfor alle nivåer og sektorer. Det er både menneskelig og økonomiske forhold som tilsier det. Hjort (2007) er også klar på at en uheldig hendelse er noe som ikke skulle skje, og skiller dem fra bivirkninger og komplikasjoner som kan være en forventet risiko.

1.2.3 Underrapportering av kritikkverdige forhold

Flere rapporter viser at det er en stor underrapportering av kritikkverdige forhold i helsevesenet. Munnkurvrapporten (2004) viser at 38 % oppgir at de kjenner til kritikkverdige forhold som har negative konsekvenser for pasientene uten at de har meldt fra om det til noen med ansvar og myndighet til å gjøre noe med det. Tryggestad og Skivenes (2007) står bak en stor breddeundersøkelsen om varsling innen helse- og sosialsektoren. I denne undersøkelsen oppgir 34 % at de i løpet av de siste 12 månedene har opplevd kritikkverdige forhold som de ikke har meldt fra om verken til leder, tillitsvalgte eller verneombud. I deres siste rapport (Fafo-notat 2007:18) som omhandler lederes håndtering av kritikkverdige forhold fant de at 17 % av ledere også oppgir at de har latt være å melde fra om kritikkverdige forhold de kjenner til i løpet av det siste året.

Begrunnelsene for ikke å si ifra kan skyldes både frykt for represalier og usikkerhet i forhold til egen vurderingsevne. I tillegg oppsummerer Tryggestad og Skivenes(2007)med at de tause arbeidstakerne opplever sider ved lederen og kommunikasjonsbetingelsene som mer negativt enn de som velger å si ifra. Dette viser at hvorvidt en ansatt velger å si ifra eller ikke også kan være kontekstuellet betinget, avhengig av ytringsklima og kommunikasjonsbetingelser i forhold til lederen.

1.2.4 De ansattes rett og plikt til å si ifra

Lovverket skal sikre pasientene rett til nødvendig helsehjelp med en tilstrekkelig god nok kvalitet. Helsepersonelloven fra 2001 sier bl.a. at behandlingen skal være forsvarlig, og at en har et klart ansvar om å melde fra hvis kvaliteten på helsetjenesten er så lav at den blir faglig uforsvarlig. Pasientrettighetsloven sikrer også pasientenes juridiske rettigheter innenfor helsevesenet, for eksempel at de skal være tilstrekkelig informert så de kan ta reelle valg i forhold til behandling og pleie, og være kjent med eventuelle risikoer som er forbundet med

behandlingsopplegget. Sykepleierne som er i hovedfokus i denne oppgaven, har også i følge Yrkesetiske retningslinjer (2007:punkt 5.3) et klart ansvar for å melde fra hvis de blir kjent med uforsvarlig/ kritikkverdig praksis, og at lojaliteten til arbeidsstedet ikke skal hindre dette.

Pga negative opplevelser for arbeidstakere som sier i fra har den reviderte utgaven av Arbeidsmiljøloven (AML) fått inn et styrket vern for varslere i forhold til sanksjoner og gjengjeldelse. Samtidig understrekes det i AML § 2-4 at varslingen skal være forsvarlig.

Helseorganisasjoner har rutiner for melding av avvik og kritikkverdige forhold som skal være gjort kjent for de ansatte, men det er få som har utarbeidet rutiner for hvordan en kan varsle hvis ikke en når fram med å ta opp saken gjennom melderutinene eller i dialog med leder. Kommunenes Sentralforbund utga i 2007 en veileder for kommuner og fylkeskommuner om hvordan de konkret kan lage rutiner for varsling som både fører til forbedring og som ivaretar den som sier ifra. Veilederen fra KS omfatter både retten og plikten til å varsle, og hvordan det bør gjøres for å kunne defineres som forsvarlig varsling etter AML § 2-4. Videre blir det poengtert at varslingen kan gjøres enten under fullt navn eller anonymt. Det er ønskelig at en bruker tjenestevei, men hvis det oppfattes som vanskelig skal det være kjent hvem andre i kommunene en kan si i fra til. Helse Midt-Norge vedtok i desember 2007 som første helseregion retningslinjer for varsling for å fange opp kritikkverdige forhold som ikke fanges opp gjennom de interne melderutinene.

Helse Midt-Norge henviser til sine kjerneverdier som er trygghet, respekt og kvalitet, og at de med utgangspunkt i dette ønsker å etablere en kultur som er preget av kvalitet og kontinuerlig forbedring. De ansatte blir derfor oppfordret til å melde fra om avvik og kritikkverdige forhold gjennom interne kontrollrutiner eller ved å følge retningslinjene for varsling hvis ikke avviksmeldingene blir tatt på alvor av ansvarlig ledelse. Veilederen fra KS er i tillegg opptatt av å gi kommunene hjelp til å utvikle gode prosesser i forhold til å utarbeide rutiner i samarbeid med de ansatte, og i tillegg har de fokus på saksbehandlingsregler av varslingssaker.

1.2.5 Er lover og retningslinjer nok til å sikre en god og sikker helsetjeneste?

I følge Skivenes og Trygstad rapport om kommunale ledere og avvikshåndtering kommer det fram at ledere som oppgir at de har rutiner for varsling handler mer aktivt når de får inn meldinger om kritikkverdige forhold. De lar sjeldnere saken ligge uten å foreta seg noe enn de som ikke har slike retningslinjer (Skivenes og Trygstad 2007:18). Vi kan vel også på bakgrunn av dette regne med at ansatte som har lett tilgjengelige og kjente prosedyrer for varsling og

avviksmelding i større grad benytter seg av muligheten til å si ifra enn der dette enten mangler eller er ukjent for de ansatte.

Men lovverk og retningslinjer er ikke nok ifølge professor i næringslivsetikk Heidi Høivik. Hun mener det er avgjørende at ledelsen både i ord og handling ønsker varsling og tilbakemeldinger. Retningslinjene må være i en oppmuntrende mer enn en autoritær tone. Implementeringen av slike retningslinjer må skje i en dialog mellom ledelse og ansatte, og fokusere på verdier, rettigheter og etisk ansvar. Det handler om en kulturbygging der en tar på alvor verdigrunnlaget i organisasjonen.

(<http://www.partnerforum.uio.no/aktiviteter/nettverk/etikk/Hoivik%20varsling%2016102007.pdf>). Dette viser at vi trenger lover og retningslinjer som regulerer avviksmeldinger og varsling, men for at det skal fungere må der også være interne prosesser som involverer både ledelse og ansatte.

1.2.6 Behovet for utvikling av en åpen ytringskultur

Parallelt med å utarbeide lokale rutiner blir kommunen som arbeidsgiver også oppfordret av KS til å skape en åpen og god ytringskultur. ”..hvor ledere møter kritikk og andre ytringer på en konstruktiv måte, og hvor ledere anerkjenner og drøfter etiske dilemmaer med sine medarbeidere.” (KS 2007, s 20).

Arbeidsmiljøloven fastslår at arbeidet skal tilrettelegges slik at arbeidstakers integritet og verdighet ivaretas. Begrepet integritet ble tatt med i det nye lovforslaget som ble gjeldende fra 2006. I et høringsnotat til loven fra Arbeidsforskningsinstituttet viser Sørensen og Grimsmo (2004) betydningen av å innføre begrepet integritet i denne loven. Å handle ut i fra sin integritet forklarer de med å være villig til å gjøre det en gjør uten at det er i konflikt med egne verdier og overbevisninger. De henviser videre til ”Null-punktsundersøkelsen” i norske sykehus hvor det ble påvist en sammenheng mellom integritetskrenkning, psykisk helse og sykefravær. De sykehusansatte skulle i en spørreundersøkelse svare på om de måtte kjøpslå eller gå på akkord med egne verdier i arbeidet. 32 % var enig eller delvis enig i dette utsagnet. Dette ble igjen sammenholdt med opplevelsen av psykisk helse og sykefravær som opplevdes jobbrelatert (Sørensen, Grimsmo 2004). Rommet for å arbeide i tråd med sine verdier kan bli truet når det ikke er åpning for å diskutere en praksis som en mener ligger utenfor det som er faglig forsvarlig.

1.2.7 Dialog som gir refleksjon, læring og utvikling.

Helsemyndighetene og arbeidsgiverne uttrykker et ønske om at de ansatte skal si ifra om kritikkverdige forhold, og at det er et lederansvar å legge til rette for både melderutiner og en

åpen ytringskultur. Gode meldesystem, enten de er åpne eller anonyme er nødvendige, men det ser ikke ut til at det er nok for å bli lærende organisasjoner med fokus på kvalitetsutvikling. Det må også erfares at det er rom for dialog rundt hva som er god praksis, og hva som ikke er det.

Swart and Pye har utformet en modell som hjelper oss til å forstå og utvikle den kollektive tause kunnskapen i en organisasjon. Det er tre element i denne modellen som kalles Trippel Helix modellen.

- Hendelse/ erfart praksis som uttrykker en individuell kunnskap og erfaring.
- Kreativ dialog som innebærer en aktiv refleksjon, gjerne kollektivt, der flere perspektiv kommer fram i forhold til hendelsen /erfart praksis.
- Kollektiv praksis som viser at en bevisst følger opp bekreftelser eller endringer i måten å gjøre arbeide på som kommer fram gjennom den kreative dialogen. (Swart and Pye, 2002)

En organisasjons mulighet til læring avhenger av en sammenveving av alle disse tre områdene for å lykkes. Det betyr at skal helsetjenesten bli lærende organisasjoner bør de sørge for at læringsaktivitetene i en organisasjon /avdeling må inkludere alle disse tre områdene, erfaring, dialog og praksis (ibid).

1.2.8 Avvikshåndtering, - evnen til å gjennomføre endringer i organisasjonen.

Avvikshåndtering og mottak av bekymringsmeldinger om kritikkverdig praksis er noe av det mest utfordrende en leder kan stå overfor. Det handler om kvaliteten på den helsetjenesten en skal yte til samfunnet og enkeltpersoner, - om den holder mål i forhold til lovverk og yrkesetiske retningslinjer som en som profesjonell er forpliktet til å følge. Det handler også om den enkelte profesjonelles integritet, og muligheten til å arbeide i samsvar med sine verdier. Og ikke minst så står organisasjonens verdier og integritet på spill når kritikkverdige forhold skjer. Hvilke konsekvenser den kritikkverdige praksisen får avhenger for det første av om den som oppdager forholdet gjør det kjent for lederen eller andre med myndighet til å gjøre noe med forholdet. For det andre avhenger utfallet av lederens mottak og håndtering av meldingene om kritikkverdig praksis

Skal kvaliteten på helsetjenesten være etisk og faglig forsvarlig krever det at lederen klarer å følge opp avviksmeldinger på en måte som fører til endring i organisasjonen både strukturelt og kulturelt. De to dimensjonene er gjensidig avhengig av hverandre, og utvikles parallelt. Struktur er på en måte det som konkretiserer endringen, og kan være det enkleste å endre, mens kultur er det som skaper endringen og gjør den varig (Bate, Khan og Pye 2000)

Behovet for endring i organisasjonen kan også være å få etablert en god meldekultur gjennom å etablere et godt meldesystem. Problemet med underrapportering kan som tidligere nevnt skyldes både arbeidstakerne og lederen (Tryggestad og Skivenes 2007). Å se eller oppdage at noen utsettes for kritikkverdig praksis gir en moralsk forpliktelse til å handle. Hvis en ikke vet hvordan en skal melde eller ikke opplever det trygt å være melder lar mange det være. Hvis meldingen ikke blir mottatt og behandlet på en slik måte at det fører til endring så kan det også føre til at en "slutter å se" eller at en ikke lenger klarer å jobbe i organisasjonen og velger å slutte.

Lederen har et klart ansvar for å legge til rette for at alle vet hvordan og til hvem en skal melde, at det skal være trygt å melde fra, og at meldingene fører til en endring. Avvikssystemet krever en omfattende implementering og læring i hele organisasjonen for å kunne fungere i forhold til sin intensjon om en god og sikker helsetjeneste for pasientene. Det krever noe av både de ansatte og av ledelsen fordi både struktur og kultur utfordres. Å lykkes med en slik implementering og læringsprosess i så store og komplekse organisasjoner som helsevesenet utgjør, stiller store krav til endringsledelse på alle nivå i organisasjonen.

2.0 TEORETISK PERSPEKTIV

Det teoretiske perspektivet er valgt ut og må forstås i forhold til ledernivået og utfordringene det fokuseres på i dette prosjektet. Ledernivået er ledere på sengeposter, akuttavdelinger eller poliklinikk og er det laveste formelle ledernivået som omfatter både fag og drift ved sykehusene. De har personalansvar for ansatte som er i direkte kontakt med brukere av helsetjenesten, og er som oftest de lederne på sykehuset med direkte personalansvar for flest ansatte. Ledelsesutfordringen det fokuseres på er hvordan de håndterer avviksmeldingene og den kritikkverdige praksis de blir gjort kjent med. Dette er handlinger som egentlig ikke er ønsket eller er en normalsituasjon for en leder, men det er nettopp i slike situasjoner en virksomhet har behov for god ledelse. En kritikkverdig praksis krever forbedring, og forbedringen må vises igjen der utøveren møter pasientene, altså under ledelse av avdelingslederen.

Med bakgrunn i dette så vil jeg først gjøre rede for hva ledelse er i forbindelse med endringsprosesser og implementering av system.

Gjennom intervjuene med avdelingslederne fikk jeg et klart inntrykk av de blir utfordret både intellektuelt og emosjonelt i avvikshåndteringen. Jeg vil derfor også sette søkelyset på hva som kreves av en leder både når det gjelder kunnskaper, ferdigheter og karaktertrekk (dyder).

Det etiske perspektivet har også kommet klart fram i intervjusituasjonene i forhold til at helsetjenesten som tilbys skal være både faglig og etisk forsvarlig. De profesjonelle skal følge de etiske retningslinjene som er nedfelt. I møte med den enkelte pasient er de forpliktet til hjelpe den andre på en måte som ikke krenker, men ivaretar den andres integritet og selvfølelse. (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 2007). I Helsepersonelloven (2001) står det at de skal yte "omsorgsfull hjelp". Det som ofte viser seg er at rammene de profesjonelle arbeider under kan svekke deres mulighet til å utøve det nødvendige skjønn og etiske dømmekraft. Jeg vil derfor også anvende et teoretisk perspektiv på forholdet mellom den enkeltes etiske ansvar og organisasjonens ansvar.

Viktige karaktertrekk ved helsevesenet i dag blir også skissert der jeg vektlegger tenkningen rundt helseorganisasjoner som komplekse system, og gir i den forbindelse en presentasjon av norsk og internasjonal forskning rundt strategier for forbedringsarbeidet i helsevesenet som bygger mye på teorien om komplekse system.

Jeg har i innledningskapittelet poengtert at intensjon med å melde fra om kritikkverdige forhold er at det skal skje en individuell og en organisatorisk læring. Læring i arbeidslivet er i følge Knud Illeris ”... *enhver prosess som hos levende organismer fører til en varig kapasitetsendring, og som ikke kun skyldes glemsel, biologisk modning eller aldring.*” (Irgens 2007:47). Til slutt i dette kapittelet tar jeg derfor opp noen synspunkt på hvordan en slik læringsprosessen skjer hos enkeltpersoner og i organisasjoner.

2.1 Ledelse, en begrepsavklaring.

Ledelse er et fenomen som ikke lar seg entydig beskrive og definere. Hva en forstår med begrepet ledelse avhenger av hvilket perspektiv en inntar. Fra et forskningsanalytisk ståsted er det vanskelig å isolere og evaluere begrepet ledelse. Definisjonene er mange, og de er et uttrykk for hva det er ved fenomenet ledelse en ønsker å fokusere på. Selznick skrev en klassiker om lederskap i 1957 hvor han poengterte at lederfunksjonen består i å forsvare og å utvikle virksomhetens integritet. I forhold til temaet om avdelingslederens opplevelse og forståelse av sin lederfunksjon i forbindelse med å skape en åpen ytringskultur er Selznick perspektiv på hva ledelse er veldig aktuelt. Selznick definerer en formelt organisert virksomhet både *er noe* og *gjør noe*, dette kommer til syne gjennom slik han skiller begrepene organisering og institusjonalisering.

Organiseringen blir et middel for å nå et mål, og kan derfor ses på som et ”*utskiftbart redskap, et hensiktsmessig instrument som er utformet for å gjøre en jobb*”. (Selznick 1997:19)

I følge Selznick kan vi forstå organisasjonen som det upersonlige og oppgaveorienterte delen av en virksomhet.

På den annen side vil alle organisasjoner som består over en lenge tidsperiode gjennomgå det Selznick kaller institusjonaliseringsprosesser. En institusjon beskriver han som ”*når en organisasjon får et ”jeg”, en klar identitet.[...] Dette omfatter å godta verdier, handlemåter og oppfatninger som synes å være viktige i seg selv*”. (Selznick 1997:29)

Det er en lederoppgave å definere overordna mål og innføre verdier som kan skape en opplevelse i organisasjonen av hvem de er. Felleskapsfølelse og identitet er viktig i institusjonaliseringsprosessen, men i noen tilfeller der denne prosessen skjer uten et tydelig lederskap kan det skapes sterke følelser og holdninger til en måte å drive virksomheten på som ikke gagnar formålet. Når en organisasjon er sterkt institusjonalisert i en uheldig retning er omstillingsprosesser og omforming av virksomheten vanskelig. Det er personlige følelser og

engasjement til det en gjør som opprettholder måten å drive på. Endringer vil oppleves som personlige tap, og tap av identiteten en har bygd opp som gruppe gjennom jobben en har gjort(ibid).

Institusjonelt lederskap er i følge Selznick (1997:29) *”en type arbeid som utføres for å møte behov i en sosial sammenheng”*. En leder må håndtere ulike sosiale situasjoner, f. eks å kunne formidle og forsvare målsetninger og verdier slik at de blir noe alle i virksomheten kan identifisere seg med. En leder som klarer å utøve sitt lederskap ut i fra at han forstår de sosiale prosessene som er i virksomheten vil også lettere kunne forstå om verdiene og målsettingen han ønsker å innføre bare blir godtatt overflatisk og uten reell innflytelse. Dette er ofte grunnlaget for konflikt eller det første signal på interne konflikter slik jeg oppfatter det. Det er en stor utfordring for en leder å kunne fastsette mål i forhold til det engasjement som er i organisasjonen. En annen utfordring for lederen når det gjelder konflikthåndtering er å takle interessekonflikter i organisasjonen. Det vil være viktig å ha fokus på hva som er en riktig maktbalanse innad i virksomheten for å unngå ødeleggende konflikter(ibid).

En viktig lederoppgave blir å styre institusjonaliseringsprosessen slik at den ikke skjer tilfeldig dvs. styrt av mer tilfeldige ytre og indre forventninger til organisasjonen. En leder kan likevel ikke gjøre helt som han vil. Enhver organisasjon består av levende mennesker med ulike personlige erfaringer, behov og mål. En person er ikke en teknisk innretning som kan skiftes ut på linje med en maskin. På den annen side har alle mennesker utviklingspotensial til å være i stadig endring, og til å lære. Som leder i en organisasjon hvor institusjonaliseringsprosesser foregår må en møte dette interne presset fra enkeltpersoner og grupper som også ønsker å realisere egne mål gjennom deltagelse i organisasjonen. Dette kan også komme til uttrykk som rivalisering internt i organisasjonen. Lederutfordringen her blir å make å bygge en virksomhet der verdier og målsettinger blir integrert, og som danner grunnlaget for en felles identitet bygd på det engasjementet som finnes i organisasjonen(ibid).

For å forstå lederskapets natur og oppgaver må en kjenne til hvordan en organisasjon utvikler sine karaktertrekk. Selznick bruker personlighetsanalytikere når han skal redegjøre for begrepet karaktertrekk. Han nevner fire karaktertrekk som kan kobles til hvordan organisasjoner utvikles til institusjoner. En organisasjon er et historisk produkt. Tidligere erfaringer og hendelser preger organisasjonens måte å reagere på ulike krav om tilpasninger. De sosiale strukturene i organisasjonen er også et produkt av den utviklingen en organisasjon har hatt med bakgrunn i ytre og indre forventninger til den de skal være, og det de skal drive med. For det andre er karaktertrekk et integrert produkt, dvs. en har blitt den en sier at en er,

som Selznick skriver det ”*organisasjoner blir institusjoner når de gjennomsyres av verdier*”. (Selznick 1997:41) For det tredje er karakteren utviklet med tanke på den oppgaven en skal utføre, det er en hjelp til å stå i mot krav som truer både innenfra og utenfra. Det er en hjelp til å holde fast på verdier og målsetninger og ikke la seg spore av i forhold til mer tilfeldige trender. For det fjerde er karakteren dynamisk ved at ny innsats fremmes og nye behov skapes, det gir evne til tilpasning når det er nødvendig(ibid).

Ved større omstillinger kan karakterdannelsen som har foregått over lengre tid være et hinder, veletablerte mønster og karaktertrekk kan umuliggjøre innføring av nye oppgaver og programmer. En leder kan da beslutte å danne en helt ny organisasjon i stedet for å forsøke en omstillingsprosess som ikke lar seg gjennomføre(ibid).

Selznick skiller også mellom rutinemessige og avgjørende beslutninger. De rutinemessige beslutningen er de som det ikke finnes så mange alternativer til, de gir seg selv ut i fra oppgaven som skal løses, og har en karakter av administrative funksjoner. At de er rutinemessige betyr ikke at de er uviktige. Beslutninger som krever lederskap er de som påvirker den institusjonelle utviklingen. Beslutningen avspeiler en policy, dvs. at den har en mer politisk karakter for virksomheten. En slik beslutning gir langsiktige følger for organisasjonen, og for mål og metoder i virksomheten. Eksempler på slike beslutninger er rekruttering og opplæring av personalet, hvordan samarbeidsmønsteret skal være innad i organisasjonen og hvordan en samarbeider med organisasjoner utenfor (ibid).

I sitt forord til Selznick norske utgave påpeker Tian Sørhaug at virksomheter kan redusere seg selv til *det de gjør* og glemme eller undertrykke *hvem de er*. Det kan skje hvis lederen fokuserer på lønnsomhet og effektivitet som det viktigste. Det er for så vidt ikke galt, men det kan hindre institusjonaliseringsprosesser som skal skape gode betingelser for effektiv og lønnsom organisering. Lederen tar dermed ikke sitt ansvar for å utvikle karakter og kompetanse i virksomheten, og moralske hensyn kan bli satt på sidelinjen som noe utenfor lederen og virksomhetens ansvar(ibid).

Selv femti år etter at Selznick skrev om ledelse og lederskap er han like aktuell selv om trender og retninger har kommet og gått. I dag består helsevesenet så komplekse organisasjoner som er utsatt for tilpassningskrav i forhold til økonomiske og politiske føringer at de fleste er inne i kontinuerlige endringsprosesser både når det gjelder reformer og det økte fokuset på kvalitetssikring av tjenesten. Dette gjør dem spesielt sårbare for det Selznick kaller institusjonaliseringsprosesser (ibid).

2.2 Endringsledelse.

Bolman og Deal (2004) beskriver fire forståelsesrammer. Hvis en anvender den strukturelle rammen ser en forbi enkeltpersoner, og ser mer på konteksten og rammene oppgavene skal utføres innenfor. Innenfor denne rammen er fagligheten viktigst, og det fokuseres på rasjonalitet og logiske prosedyrer. Hvilke strukturer som finnes i en organisasjon avhenger av bl.a. målet og omgivelsene for organisasjonene. Human resource rammen vektlegger forholdet mellom menneskene og organisasjonen, og bør anvendes hvis forbedringene i større grad omhandler måten å utføre arbeidsprosessen på. Begge disse rammene kan danne utgangspunkt der målene er klare, teknologien blir forstått og det er kjent hvordan medarbeideren oppfatter situasjonen. Ved uklarhet og flertydighet kan den symbolske rammen og den politiske rammen være et mer egnet utgangspunkt. Kjentegnet for den symbolske rammen er den betydningen symboler og ritualer har for å samle menneskene i organisasjonen, og å gi opplevelse av mening. Den politiske forståelsesrammen er opptatt av maktstrukturene i organisasjonene. De med posisjonsmakt blir hele tiden utfordret av ulike interessegrupper og ulike former for makt. Maktutøvelsen gjennom kjøpslåing og forhandlinger er en naturlig del for en organisasjon ut i fra denne forståelsesrammen.

Endringsledelse avhenger av forståelsesrammer, og at en evner å handle innenfor ulike rammer avhengig av hva det gjelder, og hvilke deler av organisasjonen som berøres av endringene. Bolman og Deal (2004) betegner det som en ledelseskunst å kunne variere mellom de ulike rammene for å forstå hva som skjer i organisasjonen, og kunne handle innenfor den rammen som i størst grad berører de grunnleggende problemene.

Forutsetninger for å lykkes med endringer er strategisk planmessig arbeid slik Kotter (1998) beskriver det gjennom sin 8-trinns modell. Det må starte med en etablering av en felles forståelse for at endring er nødvendig. Kotter kaller dette "sense of urgency" som bidrar til motivasjon og energi til endring. Dempning av krisen, som bagatellisering og brannslukning, hindrer en mer omfattende endringsprosess i å komme i gang. De neste trinnene er å organisere prosjektet, og etablere en felles visjon og strategi. Kommunikasjonen videre må være åpen og forgå i hele organisasjonen kontinuerlig. Det er også viktig å skape et grunnlag for å kunne håndtere motstanden som alltid oppstår i endringsprosesser. Her trekker Kotter fram betydningen av å fjerne strukturer som ikke fungerer, og ellers satse på de i personalet som ser behovet for endring. Viktig å være oppmerksom på manglende kreativitet og risikouvilje, konfronter og belønn aktørene underveis. Når endringene etter hvert blir etablerte og synlige bør en feire suksessene underveis, samtidig som en er bevisste på at endringene må få fotfeste i

organisasjonen slik at en ikke faller tilbake på slik det var før. Kotter vektlegger at endringer også må omfatte kulturen i organisasjonen. Å endre kulturen handler sjelden om rasjonelle valg. Det omfatter både følelsesmessige og holdningsmessige utfordringer, og krever ledelse på alle nivå i organisasjonen. Kulturen er i følge Kotter usynlig, den kan ikke konkret gripes fatt i. Skal kulturen endres fundamentalt må det skje ved at en gruppe mennesker endrer sin måte å gjøre ting på. De må oppleve at denne endringen gir dem fordeler eller oppleves positivt for dem. Hvis denne endringen varer en tid vil den etter hvert bli en naturlig del av organisasjonen (Kotter, 1998).

Kotter (1998) er opptatt av at alle ansatte må utvise en form for lederskap i forhold til sin oppgave. Dette er noe andre ikke framhever like sterkt fordi denne forståelsen kan svekke oppfatningen av at ledelse handler om å ha ressurser og autoritet til å prege virksomheten både når det gjelder verdigrunnlaget og målstrukturen. (Eriksen 2000). Men i forhold til endringsprosesser er en av forutsetningene for å lykkes at endringen forankres i kulturen, og for å oppnå det må alle nivå i organisasjonen involveres.

Irgens (2007) skriver også om hvordan kulturen påvirkes, og henviser bl.a. til Ekmanns dr.gradsarbeid fra en politiutdanning som beskriver hvordan kulturpåvirkningen skjer gjennom småprat i virksomheten. Han beskrev tre former for småprat,

- Den uforpliktende praten i sosiale sammenhenger.
- Pratingen som utløses etter at noe har hendt. Hendelsen kan være alt fra nye bestemmelser som offentliggjøres, nyansettelser, møter eller tilbakemeldinger fra kunder/brukere.
- Praten når de ansatte hadde forventet informasjon, kan være utgangspunktet for spredning av uformell informasjon og ryktespredning.

Overføring av tenkemåter og handlemåter skjer i større grad gjennom disse formene for småprat enn gjennom dokumenter med instruksjer og strategier. Styring skjer i liten grad gjennom dokumenter, i alle fall når det gjelder profesjonsutdannede, i følge Ekmann. Han understreker at dokumenter ikke er verdiløse, men at de må tolkes inn i virksomheten. Tolkningen av teksten skjer gjennom ”småpratens beslutningsprosess” hvis den ikke skjer gjennom en formell og ledet prosess blant ansatte og ledelse (ibid).

2.3 Hindringer for en effektiv og varig endring.

Endringsprosessen kan hemmes av flere former for barrierer som er beskrevet gjennom flere forskningsartikler som omhandler konkrete endringsprosesser i organisasjoner. Erfaringer viser at der er seks barrierer eller "six silence killers" som kan hindre suksessfull implementering og læring i forbindelse med endringsprosesser. De seks barrierene er:

- Lederstilen hos toppledelsen, enten top-down eller med liten kontroll.
- Uklar strategi og konfliktløsningsrutine.
- Ineffektivt topp-team
- Dårlig eller mangelfull vertikal kommunikasjon.
- Dårlig koordinering
- Utilstrekkelig linjelederkompetanse.

(Beer og Eisenstat 2000)

Flere studier viser at når ledelsen er oppmerksom på de ulike barrierene er de bedre rustet til å gjennomføre endringer. Ledelsen må være så sterk, strukturert og kompetent at de kan takle hindringer som kommer opp underveis. Mye avhenger av toppledelsens vilje til å konfrontere organisasjonen med "the silence killers". (ibid).

På 90- tallet var det et stort fokus på at bedrifter og selskaper skulle innføre kvalitetssystem som Total Quality Management (TQM). Flere forskere studerte implementeringen i ulike bedrifter, og fikk bekreftet de seks områdene som kan være hindringer for en vellykket endring. Andre studier viser at implementeringen av kvalitetssystemer som TQM tar tid, minst 5 år før en ser effekten av det. Ikke alle ledere hadde nok tålmodighet og langsiktighet til å holde fokus på implementeringen til systemet var blitt en del av kulturen. Systemet ble i flere tilfeller bare hyllemeter med dokumenter og retningslinjer som ikke endret atferden i forhold til disse. Vi vet at implementeringen av kvalitetssystemer i en organisasjon kan ha dramatiske påvirkninger på prestasjon, ytelse og kultur hvis de blir etterfulgt av endret atferd (Beer 2003).

Beer (2003) viser i studien om innføring av kvalitetssystemet(TQM) at mislykkede implementeringer skyldtes manglende kapasitet hos toppledelsen til å følge opp med en effektiv dialog innad i organisasjonen. Det er viktig at ledelsen klarer å skape en åpen og ærlig dialog om endringen, - hvordan den tar form og hva som er formålet med endringen. Implementeringen vil ikke overleve hvis ikke ledelsen som har bestemt at den skal

gjennomføres, klarer å åpne for en kontinuerlig læring gjennom en åpen og ærlig dialog som igjen skal skape ”commitment” og motivasjon i organisasjonen.

En annen studie som også er gjort i forhold til innføring av kvalitetssystemer viser to firma fra samme bransje og med flere likhetstrekk som har valgt to ulike strategier for sin implementering av systemet. Det ene firmaet velger en mekanisk tilnærming gjennom ”Improvement through better management”. Svakheten her viste seg å være at toppledelsen ikke kjente til de ulike jobboperasjonene godt nok eller hvordan en implementering ville endre de ulike jobbsituasjonene. Det viste seg at det var de laveste nivåene i organisasjonen som endret seg minst selv om det var her endringen ville hatt størst effekt av å bli implementert. Med denne sterke top-down gjennomføringen oppnådde de en veldig begrenset endring. Kulturen forandret seg ikke nevneverdig selv om gjennomføringen ble sett på som fullstendig. Slike endringer blir også kortvarige (Beyer 1997).

Det andre firmaet valgte sin endringsprosess gjennom ”Continuous Improvement Process”, der filosofien er at det er menneskene som utgjør en forskjell. Dette er en organisk tilnærming. Alle ledd ble involvert og inkludert i prosessen. Implementeringen ble oppfattet som god, og gav varige endringer som igjen ble forankret i kulturen. (ibid)

2.4 Lederen, - utvikles i spennet mellom kunnskap og dyder

Å forstå hva ledelse er og innebærer forutsetter en reduksjon og oppdeling av en kompleksitet som i virkeligheten ikke er så skjematisk at de ulike delene kan isoleres. Tian Sørhaug (2004) typifiserer i ledelse i det han kaller tre ”logikker”, kausal, transaksjonell og transformativ ledelse. Kausal ledelse består i at en underordnet utfører det lederen sier uavhengig av hva den underordnede mener eller oppnår selv. Transaksjonell ledelse har derimot preg av et bytte, en gjensidighet. Dette bytte kan være hva som helst bare det verdsettes av leder og underordnet. Ved transformativ ledelse formidler lederen en virkelighetsforståelse og et verdsett som bakgrunn for det som skal utføres. Den underordnede utfører dette fordi han har utviklet en felles forståelse og aksept for det lederen formidler. Sørhaug (2004:180) mener at det ikke finnes rendyrkede former av disse tre logikkene, men at *”det er mer fruktbart å se på ledelse som et bevegelig kompleks av alle de tre logikkene”*. Forenklet kan en si at ledelse bestandig skjer i et samspill mellom makt, regler og verdier.

I dette samspillet utøver lederen sin funksjon, og det krever både faglige og personlige egenskaper for å makte en slik oppgave. Lederens evner og personlige egenskaper vil med andre ord kunne ha innvirkning på hvordan samspillet mellom makt, regler og verdier fungerer, hva som blir det mest synlige elementet.

Våre dyder sier noe om måten vi utfører våre handlinger på, noe som går dypere enn atferd og ytre handlinger. Dydsetikken dreier seg om personens karakter og motiver, og kan være både et supplement og et alternativ til en etikk som retter seg mot handlinger. (Christoffersen, 1994).

MacIntyre er en dydsetiker som vektlegger sammenhengen mellom handling og personens dyder. I organisasjoner kommer dette til syne gjennom det MacIntyre kaller interne og eksterne goder. De eksterne godene er knyttet til det en ønsker å oppnå utad med organisasjonen, for eksempel status og økonomisk gevinst. Et kjennetegn ved de eksterne godene er at de oppnås som individuelle goder. Slike mål kan oppnås på ulike vis, en er ikke avhengig av en bestemt framgangsmåte. De interne godene er knyttet til det en oppnår innad i gruppen. For eksempel at det oppleves meningsfullt å delta. Relasjonene innad i gruppen er viktig, og de interne godene knyttes til deltagelsen. Et karakteristisk kjennetegn ved de interne godene er at de tilkommer hele gruppen som deltar i praksisen. MacIntyre forklarer derfor dyder som de menneskelige karakterer som gir oss egenskaper til å oppnå interne goder, og fravær av egenskaper som forhindrer oss i å oppnå interne goder (MacIntyre 1985).

Dyder som flid, ærlighet og integritet er også grunnleggende dyder for alle i en virksomhet, men for en leder er ikke dette tilstrekkelig (May 1995). Viktige ledelsesoppgaver er å bearbeide usikkerhet og dilemmaer, og å håndtere motstand og konflikter. Det er spesielt tre dyder May nevner som viktige for lederen å inneha i denne sammenhengen. For det første beskriver han mot som en dyd. Mot kan være aktivt i den forstand at en som leder må være i forkant av hendelser som har betydning, og klar til å gripe inn ved behov. En forståelse av mot som en passiv tilstand vil si å kunne være utholdende og stå fast. For det andre beskriver May klokskap som en dyd. Den kan forstås som evne til å huske virksomhetens historie, hva har den vært gjennom av kriser o.a. som har ført virksomheten dit den er i dag. I det ligger også en erkjennelse av det som har vært. Klokskap vil også vise seg i evnen til forståelse og til å foregripe hendelser, være framtidsrettet. For det tredje framhever May evnen til å lære fra seg og motivere(overtale) framfor å kommandere. I en sunn organisasjon vil denne evnen til å lære fra seg kunne gå ovenfra og ned, horisontalt og nedenfra og opp. Her ligger det store utfordringer for ledelsen i å sørge for informasjon og kunnskapsflyt i organisasjonene. Medarbeidere kan gjennom sin fagkunnskap bidra med råd oppover i systemet, og i

organisasjoner hvor det gis rom til det kan medarbeidere også stille mer substansielle spørsmål ved mål og verdiprioriteringer (ibid).

2.5 Etisk perspektiv

Profesjoner og profesjonsetikk er tema som er gjenstand for omfattende debatter rundt hvordan begrepene skal forstås og brukes. Jeg går ikke inn i den debatten her, men har valgt å vise til noen kjennetegn som er sentrale i forhold til håndtering av kritikkverdige forhold i helsetjenesten.

En profesjonsutøver har en akademisk utdanning som grunnlag for sin praktiske yrkesutøvelse, mens profesjonene kan forstås som sosiale konstruksjoner som stadig er under påvirkning av samfunnsmessige endringer. Profesjonene har tradisjonelt sett også blitt forstått ut i fra tre sett relasjoner: relasjonene mellom den profesjonelle og vitenskapen den bygger på, relasjonen mellom den profesjonelle og klienten, og klientens relasjon til profesjonens vitenskap. I tillegg finnes det samfunnsmessige rammebetingelser som påvirker alle de tre relasjonssettene (Nylehn og Støkken(red) 2002).

2.5.1 Profesjonsetisk grunnlag

Profesjonenes forhold til klienten og til samfunnet er også utgangspunkt for debatten rundt profesjonenes etikk. Christoffersen (2005) poengterer at yrker som omtales som profesjoner også har en profesjonsetikk, og at grunnlaget for profesjonsetikken har utgangspunkt i både et sosiologisk perspektiv og et mellommenneskelig perspektiv. Grimen (2006) er talsmann for å innta et sosiologisk perspektiv på profesjonsetiske utfordringer. Han understreker at profesjonsetikken ikke er en direkte forlenging av allmennmoralen, og at nærhetsetikken heller ikke kan sees på som *"kjelda til profesjonsmoraliske problemstillinger"*(s13). Grimen tar utgangspunkt i at profesjonene er sosiale konstruksjoner med et mandat fra samfunnet. Profesjonsetikken er en kodeks som skal sikre orden og en viss standard innen egen gruppe samtidig som den skal sikre at samfunnsoppdraget blir ivaretatt. I følge Olsvold(2003) skal den indre selvjustisen som ligger i den etiske kodeksen bidra til å opprettholde tilliten til de profesjonelle som har en betydelig grad av faglig autonomi. Utviklingen av de etiske retningslinjene har derfor også hatt betydning for profesjonsdannelsen.

Nortvedt er en av de som har argumentert for at dette ikke er tilstrekkelig, og vil først og fremst forankre profesjonsetikken i relasjonen mellom den profesjonelle og klienten. Vi har et samfunnsoppdrag, men i det oppdraget står vi ansikt til ansikt med pasienter i et asymmetrisk maktforhold. Å handle til pasientens beste er vi først og fremst forpliktet til av den etiske

fordringen fra den andre, og ikke ut fra samfunnsoppdraget, i følge Nortvedt (Christoffersen 2005).

Leer-Salvesen har i sine refleksjoner over profesjonsetiske perspektiver funnet det mest tjenelig å argumentere for en kombinasjon av etiske retningslinjer, etisk teori og oppøvelse av etisk dømmekraft i den enkelte situasjon. Retningslinjene er nødvendig for at profesjonen og samfunnet for øvrig kan være samlet rundt hva som kan forventes av etisk forsvarlighet. Men retningslinjer kan aldri omfatte alle situasjoner. Den enkelte profesjonsutøver må derfor kunne utvise en etisk dømmekraft i møte med enkelte situasjoner. Profesjonenes virkeområder kan også utvides og føre til at en må håndtere nye etiske dilemmaer som ikke er beskrevet i noen retningslinjer. (Nylehn og Støkken, red. 2002)

I Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere(2007), som er den profesjonsgruppen som er i fokus i dette prosjektet, er det element av både en profesjonsetikk ut i fra et sosiologisk perspektiv og ut i fra et omsorgsetisk perspektiv. Områdene som sterkest viser til samfunnsoppdraget som utgangspunkt for retningslinjene er punkt 3 og 4. Punkt 3 omhandler sykepleierens plikt til å sette seg inn i og følge lover og regler samtidig som hun holder seg faglig oppdatert. Punkt 4 vektlegger sykepleierens ansvar for å støtte og hjelpe kollegaer i deres arbeid, spesielt i vanskelige situasjoner. Men retningslinjen framhever at hensynet til pasienten skal komme foran både kollegaer og arbeidsgiver hvis det oppstår interessekonflikter. Innledningsvis i retningslinjene blir det også vektlagt at sykepleierne skal ivareta en helhetlig omsorg for pasienten. Omsorgsbegrepet blir brukt flere steder i retningslinjene, og i følge Kari Martinsen ” *er omsorg et relasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep. [og]..den moralske siden er overordnet.*” (Martinsen 2005:135). Dette gjør også omsorgsetikken til et aktuelt utgangspunkt for profesjonsetikken.

2.5.2 Er den profesjonelle en ufri moralsk aktør?

Spørsmålet blir stilt av sykepleier og sosiolog Nina Olsvold (2003) i en artikkel hvor hun drøfter konsekvensene av en individualiserende profesjonsetikk. Verdispørsmålene som stadig stilles i forhold til pasientomsorgen blir innen helsefagene knyttet til ” *etikkfaget der det er en fremtredende tendens til å forankre moralen i individet, noe som fører til at individuelt ansvar i liten grad relateres til de faktiske rammebetingelsene for profesjonelt arbeid.*” (Olsvold, 2003:6) Etikken burde i følge henne i større grad kobles til rammebetingelsene, det vil si mot sosiale, politiske og institusjonelle forhold. Slik de yrkesetiske retningslinjene for sykepleierne fremstår i dag er de ” *idylliserende, individualistiske og lite realistiske*” (s 17) Sykepleierne har

som utgangspunkt å vise en helhetlig omsorg basert på både fag og etikk, uten at det har blitt satt i sammenheng med organisatoriske rammer.

Sykepleierne er heller ikke i så autonome i sin yrkesutøvelse som enkelte andre profesjoner pga den hierarkiske strukturen i helsevesenet. Dette fører til at de utsettes for krysspress fra både arbeidsgiver, andre yrkesgrupper, pasienter og pårørende. Sykepleierne skal på samme tid være en omsorgsfull person, en profesjonell og et lojalt underordnet medlem av organisasjonen. Dette er roller som stadig står i konflikt med hverandre. (Olsvold, 2003)

Olsvold henviser i sin artikkel til sosiologen Chambliss som har gjennomført en studie av sykepleieres arbeidssituasjon. Han hevder at organisasjonsstrukturen har betydning for hva som oppfattes som et moralsk dilemma og hvordan det håndteres. Chambliss hevder at det er organisasjonen som er den primære moralske aktør. Dette understreker han bl.a. gjennom å påpeke at beslutninger som tas i en organisasjon ikke så lett kan tilbakeføres til en autonom beslutningstaker i form av en enkeltperson. Ethiske dilemma som reiser seg innen helsetjenesten fordrer personer med beslutningsmyndighet. Underordnede sine problemstillinger er stort sett konflikter pga lite samsvar mellom oppgaver og ressurser. Profesjonens egne moralske krav kan komme i konflikt med arbeidstedets forventninger til effektivitet og produktivitet. Chambliss mener at de store problemstillingene innen helsetjenesten er strukturelle, og ikke skyldes profesjonsutøvernes manglende moralske utrustning.

Når Olsvold i artikkelen etterlyser organisasjonenes moralske ansvar poengterer hun at det handler om i hvilken grad de legger til rette for at profesjonsutøveren kan handle ut i fra sitt etiske skjønn.

2.5.3 Verdsetting av arbeidstakere som sier i fra

En australsk forskningsrapport viser at det er en forskjell i oppfatningen av sin yrkesrolle som skiller sykepleiere som sier i fra og de som velger å ikke si ifra om kritikkverdige forhold de oppdager. Studien er utført med et deskriptiv survey design der deltageren skulle gradere sin enighet eller uenighet i forhold til en rekke utsagn. Resultatet viser at de som sier i fra i stor grad oppfatter seg som ”pasientens advokat”, en som primært er ansvarlig overfor pasienten, og som skal beskytte pasienten fra inkompetente og uetiske personell. De som i stor grad velger å ikke si i fra oppfatter sin yrkesrolle mer tradisjonell i den forstand at de utfører arbeid som de blir pålagt, og at de ikke har noe mer ansvar enn andre i helseteamet for å si ifra. Studien viser at hvordan sykepleiere agerer i forhold til etiske dilemma kan forklares ut i fra

forståelsen av sin yrkesrolle. De yrkesetiske retningslinjene forutsetter at en sykepleier skal verne pasientene fra inkompetente og uetiske fagpersoner. De som likevel ikke sier i fra om slike tilfeller ser altså ut til å vegre seg pga autoriteter og tradisjoner der de jobber (Ahern og McDonald, 2002)

Faugier og Woolnough (2002) har sett nærmere på hvordan varslere opplever ledernes reaksjoner på at de melder fra om kritikkverdig praksis. Målsettingen om en åpen kultur der ansatte kan komme med sine bekymringer krever en ledelse som ikke er konfliktsky, og som ikke ser etter syndebukker. En hierarkisk lederstil med et stort kontrollbehov må erstattes av åpenhet og en gjensidig tillit mellom leder og medarbeidere. Faugier og Woolnough vektlegger betydningen av å forstå helseorganisasjoner som komplekse system som krever en utforskende og deltagende lederstil som kan være både inspirerende og proaktiv. Med andre ord en transformativ lederstil. De framhever videre at lederen kan skape en åpen ytringskultur ved å være en synlig leder som er aktiv lyttende og som legger vekt på en åpen kommunikasjon om alt som vedrører organisasjonen. I artikkelen konkluderer også forfatterne med at det kliniske personalet må lyttes til fordi de oppdager tidlig kritikkverdig praksis overfor pasientene. Det er de som i størst grad møter pasienter og pårørende, og mottar klager og bekymringer for at noe ikke stemmer. Arbeidsgivere som virkelig er opptatt av å rette opp kritikkverdig praksis bør derfor verdsette stemmene fra de som arbeider i frontlinjen.

2.6 Helseorganisasjoner som komplekse adaptive system

På 80- tallet utviklet flere vitenskapsmenn med ulik faglig bakgrunn teorier rundt systemer som består av flere deler eller agenter. Systemene kunne være alt fra biologiske enheter til arter og sosiale systemer som en familie eller en virksomhet. Teoriene som ble utviklet omfattet ”Komplekse Systemer” og ”Komplekse adaptive (levende) systemer”.

Professor ved Institute for Healthcare Improvement Paul Plsek har gjennom sitt arbeid innen helsetjenesteforskning benyttet teorien om komplekse adaptive system for å forklare utfordringer i helsetjenesten når det gjelder kvalitetsutvikling.

I en artikkel sammen med Greenhalg beskriver Plsek (2001) kjennetegnene for komplekse adaptive system, og bruker helsetjenesten som eksempel på et slikt system. Komplekse systemer består av individuelle aktører som handler og samhandler på en måte som gjør at det oppstår fenomener og karaktertrekk som ikke kan føres tilbake til en enkelt aktør. Hvordan de handler og samhandler er uforutsigbart, selv om det skjer innenfor visse grenser. Denne

uforutsigbarheten kommer også til uttrykk ved at en ikke helt kan forestille seg hvordan andre aktører responderer på andres handlinger og ytringer. Det er et nettverk av aktører med ikke-lineære tilbakemeldingssystem.

Et annet viktig kjennetegn er at aktørene kan ha løse bånd til systemet, og gjerne være medlem av andre sosiale system i tillegg, noe som spesielt kan få konsekvenser for hvordan de reagerer på endringsprosesser i et av systemene de er en del av. Selv tilsynelatende små endringer i en virksomhet kan føre til uventet store reaksjoner fordi det gir ringvirkninger i hele systemet, og til andre systemer som aktørene tilhører. Når en aktør eller et system utvikler eller endrer seg får det innvirkning på andre aktører eller andre system som de er i en interaksjon med. Det betyr at vi ikke fullt ut kan forstå verken den enkelte aktør eller system uten referanse til andre. Denne interaksjonen gjør at det alltid er spenninger og paradokser i komplekse sosiale system. Behovet for konsistente evidensbaserte løsninger utformet som standarder i behandling og pleie kan for eksempel komme i en uløselig konflikt med behovet for individuell tilpasning ut i fra ønsker, kontekst og nødvendigheten av å prioriteringer (ibid).

Spenningen mellom de ulike aktørene blir verdsatt i teorien om komplekse system. En konflikt i betydning av uenighet kan for eksempel bidra til en dynamisk utvikling mot nye arbeidsmåter og løsninger hvis en respekterer og utnytter selvstendigheten og kreativiteten blant aktørene. Medlemmer i sosiale systemer handler ut i fra regler og verdier de har internalisert, men verdiene og reglene kan være ulike blant medlemmene, og de er ikke alltid åpenbare for de andre som inngår i det sosiale systemet. Det at systemet er adaptivt betyr at medlemmene kan tilpasse sin atferd over tid, og det sosiale system kan også etter hvert tilpasse seg omgivelsene (ibid).

Kompleksiteten i helsetjenesten øker, og for å mestre det må en oppgi tanken om at det er enkle lineære modeller for årsak og virkning, og en må kunne respondere fleksibelt på mønster og muligheter som vokser fram (ibid).

2.6.1 Komplekse system og ledelse.

Plsek og Wilson (2001) påpeker i en annen artikkel at ledelsesteorier ofte tar utgangspunkt i at organisasjoner kan sammenlignes med et velsmurt maskineri. Strategier, planer og klare mål som blir holdt i fokus av ledelsen gjennom regler og rutiner er vanlig lederatferd. I kontrast til dette antar kompleksitetsteorien at relasjonene mellom aktørene er viktigere enn aktørene selv, og at et minimum av spesifikasjoner fører til mer kreativitet enn detaljerte planer. Hvis vi

forstår organisasjoner som komplekse adaptive system så gir det en mulighet for at nye ledelsesmodeller kan få fotfeste.

I helsetjenesten er det et overordna mål at pasientene skal få en god og sikker behandling og pleie. For å lykkes med det må en se på helsetjenesten som en helhet der de ulike delene må virke sammen for å nå målet. I teorien om komplekse system legges det vekt på at de ulike delene har innvirkning på hverandre, og at en i kvalitetsutviklingsarbeidet også må fokusere på hvordan de virker sammen og ikke bare forbedre en del (Plsek og Wilson 2001).

En annen utfordring i helsetjenesten er å få implementert nye og forbedrede pleie og behandlingsrutiner. Det er en erkjennelse at det tar for lang tid før ny kunnskap blir en integrert del av helsetjenesten. Samtidig påpeker Plsek og Wilson (2001) at en og samme person kan noen ganger uttrykke motstand mot en endring, mens vedkommende en annen gang er pådriver for endringen. Dette forklares med at komplekse system vil naturlig endre seg når det oppleves nødvendig og riktig å endre eller tilpasse seg. Kreativiteten i samhandlingen mellom aktørene vil finne nye måter å håndtere et oppstått behov for endring. En ledelse inspirert av kompleksitetsteori vil derfor vektlegge informasjonsutveksling for å oppnå en felles forståelse for at det er behov for en endring, og samtidig la de andre få bidra med endringer i praksis som de opplever meningsfulle. Dette krever en ledelse som er involverende og deltagende. Variasjoner vil alltid være en del av komplekse system. I stedet for å fokusere på de som feiler, kan en bruke variasjonene en finner i sykehus som lykkes til å forstå hvordan strukturer og prosesser kan forbedres også andre steder (ibid).

Plsek og Wilson (2001) antyder at det innenfor helsetjenesten har vært en ledelsestradisjon som er preget av hierarki og kommandolinjer, og at det vil være en utfordring å endre denne tradisjonen. De viser imidlertid til at innenfor militæret, som er en typisk kontroll og kommando organisasjon, har de begynt å ta innover seg forståelsen av hvordan komplekse systemer fungerer, og hvilke lederutfordringer denne teorien får fram.

B. Christensen og S. Johannesen (2005) har skrevet et kapittel i en bok om militært lederskap der de viser hvordan kompleksitetstenkningen endrer synet på lederrollen. De forstår organisasjon og ledelse ut fra hva som faktisk skjer mellom mennesker. De viser først til de tradisjonelle ledelsesteorier som forklarer ledelse som et individuelt fenomen, enten som situasjonsbestemt lederskap, eller at en kan innta ulike lederroller. Lederens handlinger er i forhold til disse tilnærmingmåtene gjerne knyttet til å oppnå mål, og at lederen innehar kunnskaper og ferdigheter for å fungere i lederposisjonen. Kompleksitetsteorien rokker ved

dette synet på ledelse i følge Christensen og Johannesen. De beskriver ledelse som et sosialt og ikke et individuelt fenomen fordi alle i organisasjonen har innvirkning på de sosiale mønstrene som vokser fram i organisasjoner. Alle bidrar til det som skjer enten ved det de gjør eller det de ikke gjør. De hevder at dette er individuelle og sosiale fenomener på samme tid, og at lederskapet vokser fram gjennom de daglige relasjonene mellom aktørene. Siden alle aktører i et komplekst adaptivt system er i interaksjon med hverandre vil ingen kunne gjøre som en vil uten at det får konsekvenser for noe eller noen. Alle har dermed påvirkningsmuligheter, og de blir alle selv påvirket.

Videre poengterer de at det er makt i alle relasjoner, og at det er avgjørende for lederen å forstå maktstrukturene. Selv om en leder er i posisjon til å ta avgjørelser vil andre kunne saboterer den aktivt eller passivt. En leder har med andre ord aldri kontroll på andres reaksjoner og responser på det som legges fram. Slike sosiale maktrelasjoner vil gi både muligheter og begrensninger for en leder. Mulighetene ligger i at en kan få støtte i systemet for sin posisjon og sine synspunkter(Christensen og Johannesen 2005).

Hvis en som leder oppfatter en organisasjon som et levende system med uavhengige aktører i et samspill, vil en ikke lenger frykte uforutsigbarhet, uenighet og konflikter fordi en innser at det er det som er utgangspunkt for utvikling og læring. Konflikter har både oppbyggende og nedbrytende krefter i seg. Som leder kan en ikke ha full kontroll eller fjerne all tvetydighet og skape harmoni i følge denne tenkningen. Det er som tidligere nevnt ikke-lineære årsaks- og virkningsmekanismer. En leder vil derfor måtte være deltagende og utforskende i sin lederrolle for å kunne forstå og påvirke strukturer, prosesser og handlingsmønstre. Det krever mot til å gå inn i prosesser som kan være både forutsigbare og uforutsigbare (Christensen og Johannesen 2005).

2.6.2 Handlingsmønstre i komplekse system påvirker evnen til endring.

Sammen med Sarah Garrett har Plsek (2005) utviklet en modell og en metode for å kartlegge kulturelle mønstre i en organisasjon. Hensikten med modellen er å kunne gjenkjenne, beskrive og påvirke disse mønstrene for å oppnå forbedringer av tjenestene. Plsek og Garrett tar utgangspunkt i Fritjof Capra, vitenskapsmann innen komplekse systemer, sin forståelse av at komplekse systemer består av strukturer, prosesser og mønstre. Mønstrene er det som styrer tenkning og handling, som verdier og kommunikasjonsbetingelser. Begrepene mønstre, handlingsmønstre og kulturelle mønstre blir brukt om hverandre, og de deles inn i fem sentrale områder som sterkt påvirker en organisasjons evne til endring.

De fem områdene er relasjoner, beslutninger, makt, konflikter og læring. Når det gjelder relasjoner mellom aktørene er det nyttig å vurdere om de er av en slik kvalitet at de skaper energi og ideer til endring og utvikling eller om de svekker organisasjonens energi og evne til nyskaping. Innenfor området ”beslutning” er det viktig å avdekke hvordan beslutningene fattes, skjer det raskt og skjer det på bakgrunn av kompetanse eller er det knyttet til hierarki og stillingsautoritet? Makt strukturer finnes i alle system, og kan utnyttes både positivt og negativt av de ulike aktørene. Makt kan være både skjult og åpenbart, og brukes til egen vinning og ikke til kollektivets beste. Med konflikter menes uenighet. Noen kan oppfatte det som truende og uønsket, mens andre ser det som en mulighet til å finne nye arbeidsmåter. Når det gjelder læring kan en stille spørsmål om systemet er innstilt på å utvikle seg eller om det oppleves risikofyllt å forlate det som er kjent fordi en ikke fullt ut kan forutsi hva det nye kan føre til (Garrett og Plsek 2005).

Å gjenkjenne mønstre innenfor disse områdene er nødvendig for å kunne påvirke dem. En endring kun i strukturer og prosesser vil ikke være nok for å få en grunnleggende endring innen helsetjenesten, det må også skje en endring i mønstrene som styrer tenkningen og handlingene. Plsek og Garrett arbeider med å utvikle gode metoder for en slik kartlegging ut i fra følgende hypotese:

”Den manglende evnen et system har til å nå sine bestrebelser, til tross for et godt tradisjonelt forbedringsarbeid, skyldes at spenningen innen et komplekst system er dårlig forstått og tatt hånd om.” (Plsek og Garrett 2005 :4)

Mye av kvalitetsutviklingsarbeidet har vært gjort innenfor strukturer og prosesser. Eksempler på strukturelle endringer kan være endring av organisasjonskart og nye sammensetninger av arbeidsgrupper. Det kan også være endringer i fysiske arbeidsforhold og innføring av nytt utstyr. Endringer i prosesser kan være nye prosedyrer og retningslinjer som endrer arbeidsprosessene til personalet. Et annet eksempel er endringer i informasjonsflyten og støttefunksjoner for å bedre arbeidsprosesser. Alle slike endringer vil ut i fra teorien om komplekse system påvirke både strukturer, prosesser og mønstre. Endringene er ikke alltid slik en ønsker dem. Det er derfor også viktig å være klar over hvordan de påvirker hverandre, og gjerne bevist arbeide for endringer innenfor alle områdene slik at en oppnår en varig ønsket endring (Plsek og Garret, 2005).

2.7 Mikrosystem, - en nøkkelarena for kvalitetsutvikling

Mikrosystem er ikke nødvendigvis en avdeling, men kan forklares som den konteksten der pasienter/ pårørende og helsepersonell møtes. Dette kan kalles et klinisk mikrosystem og består

av de som skal levere helsetjenester og den enkelte mottaker dvs. pasient og pårørende (Foster, Johnson, Nelson, Batalden, 2007). En pasient kan ha behov for ulikt personell fra ulike avdelinger for å få nødvendig helsehjelp. Disse personene har dermed et felles mål, og jobber i sammensatte prosesser for å oppnå resultater. Et system er igjen en del av større system som er i interaksjon med hverandre. Å være leder i en avdeling kan føre til at du ikke er leder for et definert mikrosystem, men at en har lederansvar for flere personer som inngår i ulike mikrosystem. Problemstillinger de opplever kan være knyttet til andre aktører i mikrosystemet som er underordnet en annen leder.

Mikrosystem blir oppfattet som en nøkkelarena for kvalitetsutviklingsarbeid. Det er her tjenesten blir levert, og det er her de fleste variablene i pasienttilfredshet blir målt. Det er også i mikrosystemene medisinsk og sykepleiefaglig kunnskap blir omsatt og utviklet, og det er her de profesjonelle utformer sin rolle og yrkesidentitet. Kort sagt er mikrosystemene byggeklossene i helsevesenet, det er her verdiene og resultatene skapes. Systemene utvikler seg over tid, og tilpasser seg behovene til pasientene og pårørende som systemene er bygd opp rundt. Det kreves vedlikehold av dem som kliniske enheter for at de skal stå for god praksis. (Foster, Johnson, Nelson, Batalden, 2007)

Innenfor et mikrosystem er en avhengig av god kommunikasjon og samhandling. Organisatorisk redundans er en metode som det er satset mye på innenfor luftfarten hvor feilvurderinger og feilnavigeringer vil kunne få katastrofale følger for mange. Rosness definerer begrepet organisatorisk redundans i en SINTEF rapport som *"samhandlingsmønstre som setter en organisasjon i stand til å utføre oppgaver mer pålitelig enn enkeltpersoner:"* (Rosness 2005: 4).

Organisatorisk redundans har to forutsetninger for å fungere. For det første er det en instrumentell del, dvs. at de som skal kontrollere hverandre må ha mulighet til å følge med på hverandres vurderinger og handlinger. Det kan gjøres ved at de jobber tett sammen eller i det minste har oversikt over de samme instrumentene og data. Ved spesielt utsatte prosedyrer skal kontrollen av hverandre være formalisert gjennom rutiner. Det må med andre ord være tilstrekkelig bemanning til at en kan samarbeide om alle kritiske oppgaver. Den andre forutsetningen er av kulturell karakter. Medarbeiderne må våge å blande seg i hverandres arbeid. Autoritære holdninger vil hindre en effektiv redundans (Rosness 2005).

2.8 Kontinuerlig forbedringsarbeid.

Forbedring handler om å skape en merverdi, derfor handler forbedring om noe mer enn forandring. Forbedringen må kunne måles ut fra kvalitetskriteriene fra Sosial - og helsedirektoratet som er gjengitt innledningsvis. Under kapittelet om endringsledelse er det redegjort for viktige prinsipper for å lykkes med en forbedringsprosess. For det første må aktørene i systemet involveres og engasjeres, og for at endringene skal bli varige må de også omfatte både struktur, prosess og kultur. Endringsprosesser kan være krevende for alle involverte parter, det er derfor viktig at endringene oppleves nødvendige og meningsfylte for de involverte. Behovet for en forbedring kan synliggjøres gjennom meldinger om kritikkverdige forhold eller ved at ansvarlige for fag og drift er våken for evt. risikoområder hvor endringer er nødvendige for å unngå at kritikkverdig praksis skal oppstå. Evalueringer og brukerundersøkelser er også nødvendige for å avdekke forbedringsbehov. En god endringsprosess krever god planlegging noe som igjen forutsetter god ledelse på alle nivå og gode kommunikasjonsbetingelser både horisontalt og vertikalt.

Sosial - og helsedirektoratet har satt i verk en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten som går fra 2005 – 2015. Tittelen på prosjektet er ”og bedre skal det bli”, og omfatter både visjoner og konkrete handlingsstrategier. Det er utarbeidet strategier og handlingsplaner for å:

- styrke brukeren
- styrke utøveren i helsetjenesten og sosialtjenesten
- forbedre ledelse og organisasjon
- styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene
- følge med i og evaluere tjenestene

(Sosial- og helsedirektoratet 2007:10)

Anbefalingene for å styrke ledelse og organisasjon vektlegger blant annet at ledere skal oppfatte forbedringsarbeid som en viktig og nødvendig del av sitt arbeid. Et av tiltakene er å utvikle en åpen og endringsvillig organisasjonskultur. Samhandling på tvers av tjenestene vektlegges også, og at ledere må bidra til en helhetstenkning og ikke bare fokusere på egen virksomhet. Innenfor strategien med å styrke brukeren vektlegges det bl.a. at det skal etableres gode systemer for tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende. De skal også i større grad enn nå være samarbeidspartnere i forbedring av helsetjenestene. Når det gjelder utøverne anbefales det bl.a. å styrke en systematisk erfaringsutveksling og refleksjon over praksis. Noe som kan stimulerer til å tenke forbedring i det daglige arbeidet (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

Tenkningen bak strategien fra Sosial- og helsedirektoratet er at forbedringsarbeidet skal gå kontinuerlig. De bygger på Demings sirkel som beskrives som en systematisk problemløsningsmetode i fire faser. Fasene forkortes ofte som PUVI som står for planlegge, utføre, vurdere og iverksette. Planlegge, dvs. å kartlegge behov for forbedring, er første trinn. Deretter utfører en endringene som skal gi forbedring. Tredje trinn er å vurdere gjennom målinger og evalueringsprosesser om endringene har ført til forbedring. Siste trinnet er iverksetting, dvs. å standardisere og implementere endringen gjennom å spre dem i organisasjonen og vedlikeholde dem for å oppnå varig endring. Betegnelsen sirkel forutsetter at dette skal foregå kontinuerlig og være en integrert tankegang i det daglige arbeidet hos utøvere og ledere. Sirkelen kan også brukes som modell innenfor større endringsprosesser (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

2.9 Individuell og kollektiv læring i en organisasjon

Intensjon med å melde fra om kritikkverdige forhold må være at det skal skje en individuell og en organisatorisk læring. Som utgangspunkt videre bruker jeg Knud Illeris sin forståelse av at læring i arbeidslivet innebærer *”enhver prosess som hos levende organismer fører til en varig kapasitetsendring, og som ikke kun skyldes glemsel, biologisk modning eller aldring.”* (Irgens 2007:47). Ved å bruke begrepet kapasitetsendring forutsettes det at læringen ikke bare er teoretisk, men at den får konsekvenser for hvordan en handler i ulike situasjoner, enten nå med en gang eller på et senere tidspunkt når det er aktuelt.

Irgens (2007) beskriver læringsprosessen i fem trinn. Det første er påvirkning som er en forutsetning for å lære. Det neste trinnet er innlæring som handler om å kunne reprodusere og gjengi en kunnskap. De neste trinnene er kunnskapsutvikling og kunnskapsanvendelse som handler om å kunne ta i bruk det en har lært. Det femte trinnet er organisatorisk læring som er overgangen fra individuell til kollektiv læring. Det vil si at kunnskapsanvendelsen gjøres uavhengig av personer.

Når det gjelder den individuelle læringen ser vi av de mange historiene til de som har valgt å si i fra at det kan føre negative konsekvenser for den som varsler, og er med på å skremme folk fra å si ifra når de opplever noe som er kritikkverdig (Munnkurvrapporten 2004). Responsen på en melding om kritikkverdige forhold kan også i følge Skivenes og Tryggestad (2007) gi anerkjennelse, og føre til en positiv utvikling for den som sier i fra, men siden ingen med sikkerhet kan vite hvordan andre aktører i systemet vil reagere er det alltid en risiko å ta om en

skal si i fra eller ikke. Irgens henviser til sosialpsykolog Paul Moxnes når han sier at *”utvikling handler om valg i spenningsfeltet mellom trygghet og vekst.”* (Irgens 2007:65).

Vi er stadig i situasjoner som krever at vi tar valg. Følger vi Moxnes’ tankegang er valgene vi tar avgjørende for læring. Velger vi det kjente og trygge stagnerer vi, men hvis vi våger å velge det som oppleves uforutsigbart og usikkert vil det gi læring og utvikling. Dette betyr ikke at vi alltid skal velge det usikre, men at det kan føre til stagnasjon om vi alltid blir værende i bekvemmelighetssonen uten å risikere noe som helst. Det er derfor viktig at vi blir bevisste på at vi hele tiden foretar valg, slik at vi vet når vi evt. velger bort læringsmuligheter. For å kunne velge det usikre har en behov for å oppleve trygghet på andre områder (Irgens 2007). Å våge å ta opp kritikkverdige forhold på en arbeidsplass er absolutt å bevege seg ut av den trygge sonen, det er umulig å forutsi fullt ut andres reaksjoner og handlemåter på det en tar opp. Det er derfor viktig å utvikle et trygt og åpent klima i avdelingene.

Når en sak først er meldt er det likevel ikke sikkert at det fører til en forbedret varig endring i organisasjonene. Det første trinnet er å erkjenne at forholdet er kritikkverdig og må rettes opp. Er det en enkeltstående hendelse kan det være nok å rette opp feilen på stedet, men noen ganger er den kritikkverdige praksisen blitt en del av kulturen, den har foregått over tid og har kanskje blitt dysset ned og bagatellisert. Hvis en møter en kritikkverdig praksis som har foregått over tid med å justere enkelthandlingen uten å se på hvorfor dette kunne skje er ikke endringen blitt varig, det vil skje igjen.

Argyris (1990) beskriver dette som enkelkretslæring i motsetning til dobbelkretslæring. Bakgrunnen for disse begrepene er Argyris og Schön sin handlingsteori som forutsetter at en bestemt handling gir et bestemt resultat. Vi lærer gjennom handling hva som gir hvilke resultat. I følge teorien er der alltid noen styrende forutsetninger som bestemmer om vi oppnår ønsket resultat med våre handlinger. Forutsetningene blir omtalt både som styrende variabler og styrende verdier. Hvis vi ikke oppnår ønsket resultat kan en velge å justere handlingene slik at resultatet der og da blir som forventet. Dette er enkeltkretslæring. Det åpenbare problemet ble løst uten at en gikk inn i de grunnleggende forutsetningene. Kommer problemet stadig igjen i ulike sammenhenger krever det at de grunnleggende forutsetningene også blir gjennomgått og endret. Det er en mer krevende prosess som kan berøre både strukturer, arbeidsprosesser og kulturen. Klarer en person eller en organisasjon å lære gjennom å endre på forutsetningene kalles det dobbelkretslæring.

Dobbelkretslæring er krevende, og medarbeidere kan utvikle både kollektive og individuelle forsvarmekanismer som hindrer en i å fokusere på forutsetningene når en ikke oppnår ønsket resultat. Argyris (1990:36) beskriver organisasjonsmessige forsvarsrutiner som følger:

”det som hindrer individer eller deler av organisasjonen i å oppleve forlegenhet eller truende situasjoner. Samtidig hindrer de mennesker i å identifisere og uttrykke årsakene til den potensielle forlegenheten eller trusselen. Organisasjonsmessige forsvarsrutiner er antilærende, overbeskyttende og selvlukkende.”

Vanlige forsvarsrutiner kan for eksempel være doble budskap som inneholder selvmotsigelse og tvetydighet, samtidig som en handler som om de ikke er det. Lederens logikk blir derfor å forme budskapet med selvmotsigelser og tvetydighet på en slik måte at det blir umulig å diskutere, dermed følger resten av organisasjonen opp med å styrke forsvarsrutinene uten å være klar over det.

Andre former for forsvarsmekanismer en ser i organisasjoner kan være ulike former for motstand som lederen møter når saker tas opp i avdelingen. Utfordringen for lederen blir å håndtere motstanden på en slik måte at den blir en ressurs i endringsprosessen. Ressursen ligger i at motstand og uenighet kan bidra til at flere argumenter blir vurdert, at beslutningen skjer på et bredest mulig grunnlag, samt at åpne diskusjoner fører til engasjement blant medarbeiderne (Orvik, 2004).

Et annet begrep som Orvik (2004) omtaler i denne sammenheng er risikovilje. Risikoviljen i forhold til å eksperimentere med behandlingsopplegg for pasienter skal være liten hos profesjonsutøvere ut fra ”ikke skade prinsippet”. En skal være sikker på at en lykkes, og at det er en forbedring før en endrer på noe som direkte berører pasienter. Når det gjelder andre typer endringer kan det også være liten risikovilje blant medarbeidere hvis de er usikre på utfallet av endringene. Da kan uviljen mot å bevege seg ut av den trygge og kjente bekvemmelighetssonen hemme læring og utvikling.

3.0 METODE

Her vektlegger jeg å redegjøre for metoden jeg har benyttet, og hvordan studien teknisk sett ble gjennomført. Underveis vurderer jeg også metodevalg i forhold til problemstillingen, reliabilitet og validitet på empirien og forskningsetiske problemstillinger.

3.1 Valg av intervju som forskningsmetode

Intervju som metode gir meg mulighet til å gå i dybden på spørsmålene for å få fram avdelingslederens refleksjoner og erfaringer rundt det å skulle motta og behandle meldinger om kritikkverdige forhold. Et intervju kan forstås som en samtale der en utveksler synspunkt om et bestemt tema. (Dalen 2005). I tillegg til å stille både konkrete og åpne spørsmål tok jeg opp utsagn og forskningsfunn for å høre hva de tenkte om det. Bakgrunnen for valg av tema er flere kvantitative forskningsrapporter som viser at det er vanskelig å melde fra når en får kjennskap til kritikkverdige forhold på arbeidsplassen. Dette har ført til en stor underrapportering som er veldokumentert i flere studier.

Som leder har en et spesielt ansvar for kvaliteten på helsetjenesten som ytes ved avdelingen. Det kan derfor være vanskelig å skulle snakke om hvordan en som leder håndterer slike meldinger, og hvilke reaksjoner og følelser en får når en får høre at ikke alt er som det skal være. Intervju som forskningsmetode kan være spesielt egnet for å få fram følelser og tanker hos informanten (Dalen 2005). Skivenes og Tryggestad (2006) sine studier om varsling viser at årsakene til at noen forholder seg tause kan ligge i kommunikasjonsbetingelsene på arbeidstedet. Det kan tyde på at årsakene til at mange velger å forholde seg tause er kontekstuell betinget. Å klare å få fram tanker og refleksjoner rundt dette hos utøvernes nærmeste leder, avdelingslederne, krever at vi samtaler litt vidt rundt forhold som påvirker kommunikasjonsbetingelsene i avdelingen de leder. Det kan være forskjell på det en ønsker ideelt sett å oppnå, og det som faktisk skjer i virkeligheten. Dette var en utfordring som jeg måtte ta hensyn til i måten jeg la opp intervjuene, og hvordan jeg i ettertid tolker materialet jeg har fått inn.

3.2 Utvalgsprosedyre og innsamling av data.

Dalen (2005) poengterer at intervjumaterialet må være tilstrekkelig og av en slik kvalitet at tolkningen og analysen blir troverdig. For å oppnå dette bør en som forsker ha innsikt og kulturkompetanse innen feltet en skal forske i slik at en lettere kan velge ut informanter som har erfaringer innenfor emnet. Min bakgrunn er at jeg i flere år jobbet som sykepleier ved to

ulike sengeposter på et sykehus for noen år tilbake. Jeg har ikke erfaring med de avvikssystemene som brukes nå, men kjenner helsevesenet fra innsiden. Jeg har en klar forståelse av at helseorganisasjoner er komplekse, og at avdelingslederen må takle utfordringer og forventninger fra både ansatte, pasienter og ledelsen over. Avdelingslederen er den lederen som er nærmest profesjonsutøveren og pasienten som igjen er det nivået hvor de fleste kriteriene for å måle kvaliteten er. Denne ledelsesposisjonen er derfor svært viktig for å bidra til endringer i både struktur og kultur hvis tjenesten ikke er etisk og faglig forsvarlig. Dette er noe av bakgrunnen for at jeg valgte å belyse temaet gjennom denne gruppen, og ikke fra utøverens ståsted.

Materialet utgjør 10 intervjuer på rundt en time med avdelingsledere fra 6 forskjellige sykehus. To av dem er ikke lenger i direkte linjeledelse, men de ønsket å delta fordi de opplevde at de hadde erfaringer fra tidligere som har gitt dem en innsikt i problemstillingen. Begge jobber også tett sammen med avdelingsledere i dag enten som assisterende avdelingsleder eller i en stabsfunksjon som fagansvarlig for sykepleietjenesten. Informantene representerer både lokale og regionale sykehus fra tre forskjellige fylker. Alle er utdannet sykepleiere. Tre av dem er fra kirurgiske eller medisinske sengeposter, tre representerer kreftavdelinger, to er fra polikliniske avdelinger, en er fra en medisinsk intensiv avdeling og en er fra en føde- og barselavdeling. Felles for dem alle er at de har flere års erfaring fra den avdelingen de leder selv om antall år de har vært avdelingsleder varierer fra 1 år til over 10 år. Antall ansatte de er nærmeste leder for er mellom 11 og 20 ansatte på poliklinikkene, mens det på sengepostene varierer mellom 30 og 50 ansatte.

Jeg valgte ut flere sykehus og flere avdelingstyper for å få en geografisk og kulturell spredning, og formidlet forespørselen direkte til avdelingsledere. Noen avdelingsledere fikk forespørselen etter at jeg ble tipset om at de var opptatt av temaet, mens andre ble tilfeldig valgt ut. Alle som fikk spørsmålet ønsket å være med bortsett fra en som pga sykmelding ikke kunne møte meg. Det tilfeldige utvalget kan forsvares med at avvikshåndtering er noe alle har erfaring med som avdelingsledere.

Det er også viktig å få med mangfoldet som representerer en gruppe og et tilstrekkelig antall informanter slik at en oppnår datametning, dvs. at vi ikke vil få inn ny relevant informasjon ved å intervju enda flere (Dalen 2005). Jeg mener datamateriale jeg har samlet er tilstrekkelig, og av en slik kvalitet at det gir en troverdig tolkning og analyse. Informantene jeg benyttet oppfatter jeg som ulike ledertyper med ulike lederstrategier. De er ingen homogen gruppe, men viser noe av mangfoldet i erfaring og kompetansenivå som jeg tror preger denne gruppen.

Begrepet datametning er ikke enkelt å bruke fordi det lett forbindes med en forståelse av at det ikke finnes mer kunnskap om fenomenet enn det som framkommer i et materiale. Jeg tror for eksempel at mitt tema vil kunne få fram ytterligere kunnskap og nye perspektiver ved å velge andre forskningsdesign eller ved å supplere intervju med andre metoder. Kunnskapen som er produsert i dette prosjektet er et resultat av interaksjonen mellom intervjuer og intervjupersonen, og den er forskjellig fra den kunnskapen en kan få tak i gjennom andre metoder. Troverdigheten til det som kommer fram i denne studien avhenger av kvaliteten på forskningsintervjuet så vel som tolkningsprosessen. Forskningsintervju er en samtaleform som skiller seg fra dagligsamtalet og fagsamtalen fordi den skal inneha *”en metodisk bevissthet rundt spørreformen, fokusering på dynamikken i interaksjonen mellom intervjuer og den intervjuede, og en kritisk innstilling til det som blir sagt”* (Kvale 2001:31).

Hvorvidt jeg gjennom 10 intervju oppnår datametning avhenger også av om jeg lykkes i intervjusituasjonen med å få fram hva som er informantens erfaringer og meninger uten at de er for påvirket av mine meninger og forventninger. Dette er en utfordring for alle som benytter intervju som forskningsmetode, spesielt de med liten erfaring i metoden. Jeg opplevde at flere åpnet seg opp i intervjusituasjonen, og at de reflekterte mye over egne utsagn underveis. Uansett om en tilstreber en åpen tilnærming for å få fram et sant bilde, så vil forskeren alltid møte med en viss forforståelse. Det kan bl.a. føre til at en i intervjusituasjonen ikke følger opp alle utsagn fordi en umiddelbart og intuitivt ”forstår” hva og hvorfor informanten formidler dette. Den kritiske innstillingen til å følge opp og å få bekreftet det en har forstått kan svikte. Det er også en illusjon å tro at en har tilgang på informantenes innerste usensurerte erfaringer. Informantene tilpasser også svarene til en viss grad av det som skjer i interaksjonen mellom intervjuer og den som intervjues (Blystad i Foss og Ellefsen 2005).

Samlet sett mener jeg materialet utgjør en bredde selv om jeg også registrerer at de kommer med flere like utsagn. I ettertid ser jeg også at der er flere områder som kunne vært enda mer utdypet hos enkelte for å få frem enda flere nyanser. Dette gjelder først og fremst at jeg ikke alltid forstod betydningen av å be dem utdype utsagn eller ikke fulgte opp med spørsmål for å få tak i hvorfor de opplevde det slik. I bearbeidingen av materialet i ettertid oppstod det derfor nye spørsmål som hvis de hadde blitt stilt, kunne gitt meg en enda større forståelse i tolkningsarbeidet. Dette tror jeg alltid vil være tilstede i forskning hvor en bruker kvalitative forskningsintervju. Kunnskapen en får i et prosjekt fører til at en får nye innsikter, som igjen leder til nye spørsmål. Noen av de nye spørsmålene vil en likevel kunne finne svar på gjennom

analysen av materialet som kommer i etterkant av intervjuene. Mens andre spørsmål kan danne utgangspunkt for nye prosjekt.

3.3 Gjennomføringen av intervjuene

Utgangspunktet for intervjuene var et kort informasjonsskriv i forhold til tema. Jeg vektla i informasjonen at hovedtemaet for prosjektet var hvordan avdelingsleder kan bidra til å skape en dialog i avdelingen om hva som er god praksis og hva som ikke er det. Jeg var interessert i å høre deres synspunkt og deres erfaringer med å skulle ha en rolle og et ansvar for å tilrettelegge for en dialog som er preget av refleksjon, læring og utvikling. I intervjusituasjonen benyttet jeg en intervjuguide med bl.a. temaene avvikshåndtering, forbedringsarbeid og fagutvikling. I tillegg spurte jeg om hvilke faglige og etiske dilemma de opplevde i avdelingen, og hvordan de skapte rom for dialog og refleksjon rundt dette. Intervjuguiden, som er vedlagt, inneholder mange konkrete og detaljerte spørsmål, men i selve intervjusituasjonen ble den ikke systematisk fulgt. Informantene styrte prosessen mye i forhold til hvilke tema de kom innpå. De fleste berørte likevel alle hovedtemaene og flere av underspørsmålene i løpet av samtalen.

Noen avdelingsledere var godt forberedt til intervjuet, og hadde ordnet med et egnet rom hvor vi kunne prate uforstyrret. De hadde tydelig tenkt igjennom hva som kunne være aktuelt å ta opp ut i fra informasjonsskrivet de hadde mottatt på forhånd. På to av sykehusene hadde de med bakgrunn i henvendelsen min tatt saken opp som tema i ledermøte, og ønsket å bruke dette som en anledning til å sette temaet på dagsorden eller bruke det som et innspill i en prosess de allerede hadde startet. Noen av informantene var derimot ikke så forberedt, og det de bidro med ble mer spontant i forhold til spørsmålene som ble stilt. Det ble likevel nyttige innspill fordi det gjenspeiler situasjonen slik de umiddelbart opplever den.

Rammene for intervjuet var satt til ca 1 time. Flere av informantene hadde ikke mulighet til å sette av så mye mer tid enn det. Under intervjuene vektla de litt ulike forhold avhengig av hvilke erfaringer de satt inne med, men alle var som sagt innom hovedområdene i intervjuguiden. Det har ikke vært noen kontakt med informantene i ettertid. Under avslutningene på intervjuene gikk vi raskt gjennom hvilke hovedområder vi hadde berørt, og jeg spurte om det var noe mer de ønsket å legge til, eller om det var noen andre områder de på forhånd hadde tenkt var viktig å få med. Noen supplerte med noen korte moment til, men i hovedsak hadde de fått fram alt de hadde tenkt ut på forhånd. Alle ble oppfordret til å ta kontakt hvis det var noe mer de ønsket å legge til i ettertid, men det var det ingen som gjorde.

3.4 Framgangsmåte for analysearbeidet.

Den kvalitative forskningsprosessen er en lang analyseprosess. Den kan beskrives som en runddans mellom teori, data og analyse, en syklisk mer enn en lineær modell (Blystad i Foss og Ellefsen 2005). Jeg har underveis i prosessen stadig fått ny innsikt gjennom litteraturstudie og i samtalene med informantene, noe som igjen har hatt innvirkning på hvordan jeg forstår og tolker funnene. Runddanser går med andre ord fram og tilbake mellom informantenes erfaringer, teori og min egne bakgrunn og forståelse. Et kritisk spørsmål til meg selv er hva som har vært styrende i fortolkningene. Kvale (2001) poengterer at kunnskapen utvikles i interaksjonen mellom intervjueren og den intervjuede. Det har derfor vært viktig for meg å gi erfaringene fra informantene stor plass i prosjektet for å få fram deres stemme. Det teoretiske perspektiv har til dels hjulpet meg til å forstå hva erfaringene egentlig handler om, og dels har jeg søkt et teoretisk perspektiv for å få bekreftet om funnene er gyldige og holdbare fordi de også har kommet fram i tilsvarende undersøkelser innen sammenlignbare kontekster.

For å sikre at erfaringene som informantene delte med meg får en tilstrekkelig plass i analysearbeidet har jeg valgt en omfattende metode for å kode og kategorisere funnene. Utgangspunktet for analysen er de transkriberte intervjuene som gjør rådata. Med utgangspunkt i Graneheim og Lundman's (2003) modell har jeg delt opp intervjuet i meningsenheter. Meningsenhetene blir deretter formulert mer konsist og presist. For hver meningsenhet prøver jeg å få fram den underliggende mening, en koding, i dette ligger også en tolkning av hva informanten sier. Meningsenheten blir kodet på et beskrivende nivå. Kodene blir deretter kategorisert. Kategoriene blir vurdert i lys av det jeg vil undersøke. På denne måten vil jeg kunne komme fram til overordna tema. Det siste trinnet, å formulere overordna tema, vil være å løfte materialet fra et beskrivende nivå til et mer fortolkende nivå. Det vil gi abstrakte kategorier på et mer teoretisk nivå slik Dalen (2004) beskriver det. Dalen beskriver kodingsprosessen som en utvikling gjennom flere nivåer. De overordna temaene må også vurderes opp mot teksten igjen for å se om denne tolkningen er kontraindisert pga andre utsagn eller funn. Det betyr at temaene må tolkes ut i fra den sammenhengen de står i (Graneheim og Lundman 2003).

3.5 Forskningsetiske vurderinger

Forskning på mennesker eller på menneskelige erfaringer har moralske sider. Kvale (2001) behandler tre områder som krever etiske retningslinjer. Det er for det første kravet om informert samtykke. Deltageren i denne studien fikk skriftlig informasjon om hensikten med prosjektet og hvordan det var tenkt gjennomført. Informasjonsskrivet formidlet også

muligheten de har til å trekke seg fra studien uten å oppgi noen grunn. Prosjekt kan endre seg underveis etter hvert som en får ny innsikt i temaet, men dette prosjektet har blitt gjennomført etter intensjonene som ble forelagt de som deltok. I informasjonsskrivet åpner jeg også opp for å intervju profesjonsutøvere som ikke er i en lederposisjon, men gikk bort fra det før jeg startet intervjuene fordi det ville bli for omfattende å belyse temaet både fra lederens og profesjonsutøverens synspunkt. Jeg mener denne endringen i liten grad berører avdelingslederens deltagelse så de ble bare muntlig orientert om denne endringen i forbindelse med intervjuet.

Konfidensialitet er det andre området som må vektlegges. Den intervjuede må ikke kunne identifiseres av andre med mindre de har gitt sitt samtykke til det. I denne studien var det ikke noe poeng i å gjøre kjent hverken arbeidssted, ansiennitet, eller andre personalia som kjønn og alder. Eneste kriterium for de som ble intervjuet var at de skulle være avdelingsledere for sykepleietjenesten ved en avdeling/enhet.

Det tredje området som krever etiske overveielser er konsekvensene det kan få for informantene å delta. Jeg mener at denne studien ikke risikerte noen stor ulempe for deltagerne selv om en intervjusituasjon ofte vil berøre forhold som kan sette i gang tankeprosesser rundt sine egne handlinger. Deltagerne i denne studien ble etter min mening tilstrekkelig ivaretatt ved at jeg alltid oppsummerte intervjuet sammen med dem som en avslutning. De kunne da få legge til eller presisere ytterligere sine meninger og erfaringer. Alle fikk også beskjed om at de kunne ta kontakt i etterkant hvis de tenkte på noe de opplevde som viktig å få formidlet.

Studien ble også meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplig Datatjeneste, som godkjente igangsettelse av prosjektet i april 2007.

4,0 PRESENTASJON AV FUNN

Datamaterialet blir presentert innenfor 10 kategorier som dekker både faglige og personlige erfaringer avdelingslederne har gjennom sitt arbeid med å håndtere meldinger om kritikkverdige forhold. Prosjektet har en bredde som kan være en utfordring å håndtere på en grundig måte. Bredden kan gå på bekostning av dybden, og kan dermed oppfattes som en svakhet ved prosjektet. På den annen side er bredden nødvendig fordi håndtering av kritikkverdige forhold i helsetjenesten berører både faglige, etiske og ikke minst personlige forhold både hos ledere og profesjonsutøvere. Jeg derfor valgt å vise bredden i datagrunnlaget før jeg drøfter funnene opp mot et teoretisk perspektiv på etikk og ledelse i forhold til ytringskultur og endringsvilje hos ledere og profesjonsutøvere.

4.1 Fokusering på at kritikkverdige forhold skal meldes.

Det finnes ulike elektroniske system og rutiner for behandling og rapportering av avvik som kommer inn. Alle har nå et system for avviksmeldinger, hvor de ansatte kan melde fra både åpent og anonymt. Det er tydelig at avdelingsleder er en sentral person i dette arbeidet. Alle avvik blir meldt til avdelingsleder som deretter behandler meldingen før den sendes videre til kvalitetsutvalg og ledernivå over. Det avgjørende for om dette fører til en forbedring av helsetjenesten er derfor mottaket at meldingene. *”Det er mottaket som er avgjørende, for det å si ifra det kan vi gjøre, og vi kan si ifra anonymt, og gjennom leder,” (Hanne)*

Flere av informantene har fokus på avvik og oppfordrer til å melde fra, det gir alltid en forbigående økning i saker som meldes. Det er kun en av mine informanter, Edel, som ikke aktivt oppfordrer de ansatte til å melde fra fordi hun mener at det vet de at de kan. Andre igjen er mer aktiv i å få opp antall meldte saker.

”Jeg tenker at min rolle er egentlig nifst viktig. Helt spesielle ting kommer selvsagt opp. Men sånn på det jevne går det opp og ned, det er viktig å ha fokus på det hele tiden.... Det er mitt ansvar, når jeg minner folk på det så øker det på og så flater det ut etter hvert. Det viser hvor viktig lederrollen er i sanne ting.” (Guro)

Flere av informantene bekrefter effekten det har å ha fokus på avviksmelding. Bl.a. Hanne sier det slik: *”vi har hatt fokus på det siste måneden, halvannen måned. Antallet har steget, antall meldinger.”*

I noen tilfeller må avdelingsleder også ta ansvar for å skrive avviksmeldingene. *”Det kan være en skjønnert at noe ikke er bra og så må man spørre, og be de ansatte om å skrive et avvik eller gjøre det selv.” (Anne)*

En av informantene, Per, kjente til at de på andre avdelinger ble oppfordret til å skrive avviksmeldinger selv om det førte til overtid, det hadde ikke han gått inn for på sin avdeling. Dermed må de ansatte skrive avviket på et senere tidspunkt noe som en lett kan forstå fører til at det ikke blir gjort.

Noen har også et fokus på å begrense antall meldinger, og uttrykker bekymring for overrapportering. På spørsmål om hun har gitt tydelige signal på hva som skal meldes svarer Mari:

”Vi har snakket noe om det, jeg tok opp det her nå at sykehuset her ikke skal ha korridorpasienter, det er det et vedtak på, ja, og at det skal meldes når det er korridorpasienter.

Vi har sagt at all feilmedisinering skal meldes, vi har ikke diskutert sånn helt klart hva som skal meldes, for eksempel at en som har vært til undersøkelse har ligget så og så enge osv, så klart har vi ikke sagt det, så det blir litt opp til den enkelte hva man selv synes er avvik.” (Mari)

Samtidig som hun understreker at det er opp til den enkelte å avgjøre om noe skal meldes så mener hun det forekommer både en overrapportering og en underrapportering. ”Noen melder flere, og noen melder ikke. Så der...ja av og til er det overrapportering synes jeg da, men så er det helt sikkert også underrapportering.” (Mari)

En avdelingsleder opplevde også at det var fare for overrapportering, og hadde prøvd å begrense hva det skulle meldes fra om. Hun sa bl.a.

”Det var en periode vi skrev avvik på alt mulig. Det blir ikke tatt alvorlig hvis det skrives om alt. Vi er en sengepost, om noen faller skriver vi ved skade ellers ikke, vi må regne med litt, vi er jo ikke rundt pasienten hele tiden. Det kan gå inflasjon i avvik og da mister de effekten”. (Grete)

4.2 Åpenhet og tillit som middel til at kritikkverdige forhold meldes

Som leder kan en sende ut bevisste og ubevisste signal om hva som er akseptabelt å ta opp, mange ansatte trenger bekreftelser på hva som er greit å ta opp og er ekstra var for stemninger og holdninger.(Vilde)

Vilde fortalte at når hun begynte i stillingen satset hun på åpenhet mellom seg og de ansatte. Hun hadde opplevd en ledelse som styrte hva som var tillatt å ta opp, og hadde som mål å skape en åpenhet i avdelingen.

”om en leder åpner opp for ting så blir det liksom legalt å gjøre ting og si ting, men hvis en leder lukker og legger en list for hva som er tillat, da kommer en ikke gjennom en barriere.

Så når jeg startet som leder så var jeg opptatt av at her skal det være dialog, og ansatte må bli sett og hørt”. (Vilde)

Hun var klar over at det ville ta tid å bygge opp et tillitsforhold til de ansatte, og hadde daglig samtaler med ansatte. Mye personlig kom opp i samtالene. Hun oppfattet det som nødvendig for å bli kjent med hverandre og kunne stå sammen i en til tider vanskelig jobb. Men det er grenser for hva en leder kan klare.

”Så det var nesten sånn at det kunne bli utmattelsessyndrom av sånne ting, for jeg åpent kanskje litt for mye, ja.. Det var nesten grenseløst en periode. Så det var klart at jeg måtte jo sette grenser altså, ja...” (Vilde)

Flere kom også inn på at autoritet fra leder og andre ansatte kan stoppe de som ønsker å ta opp forhold de oppfatter som kritikkverdige.

”Autoritære personer kan stoppe en sånn prosess, folk som ikke gir åpning for det, et lukket miljø, tidsbegrensning. Men det med at du har autoriteter som sier, ”nei vet du, stopp, dette her”

Intervjuer: Så det med autoritære personer tenker du da på ledere eller kan det være blant personale og?

Det kan være blant personalet og, vi kan ha personale som er veldig sikker i sin sak og som kommer med en uttalelse som er veldig bombastisk, som at sånn oppleves det og sånn er det, og sitter jeg med en opplevelse at ja kanskje det er sånn. En blir så usikker på...., ”ja kanskje jeg tok feil jeg?”. (Vilde)

En annen leder var bevisst på at hvis hun var for autoritær ville det holde de ansatte fra å ta kontakt ” *Jeg tenker og at det er viktig hvilke signaler jeg gir på hva og om ting som bør meldes. Jeg tenker på at jeg ikke må ha en så autoritet holdning til ting.” (Guro)*

En annen informant(Hanne) var også opptatt av at for å skape åpenhet må hun som leder etterspørre det hun ønsker åpenhet om. Hun ba de ansatte om å komme med noen saker/case til et etikkseminar, og fikk gjennom det kjennskap til ansatte som oppførte seg svært kritikkverdig i forhold til pasienter. Dette hadde pågått lenge og vært kjent for flere uten at det var blitt rapportert inn til ledelsen. Hun opplever at dette handler om kulturen i avdelingen som stilltiende aksepterer slikt.

”Som leder har du et kjempestort ansvar for at dette bringes på dagsorden, slik at en ikke får lov til å glemme det. En får ikke lov til å glemme det og falle tilbake på, la oss kalle det de gamle syndene. Det må holdes varmt,

- og så må de sakene som kommer opp bli tatt så alvorlig at man ser at vi aksepterer ikke det nivået, vi skal ha et annet nivå. Og det er et lederansvar etter min mening”.(Hanne)

Hun påpeker her også at det er et lederansvar å ta enkeltsaker alvorlig, og å være åpen og tydelige på det kvalitetsnivået en ønsker i avdelingen. Ansatte som er kjent med og har akseptert et visst kvalitetsnivå tror hun vil korrigere hverandre.

”Hvis du lykkes med det så får du en avdeling som hele tiden er dynamisk og de oppdrar hverandre i hvordan vi vil ha det, men du er nødt for å skape en endring først og så vedlikeholde den.” (Hanne)

For å oppnå dette er det nødvendig med åpenhet rundt sakene som meldes slik at den som tar opp saken får vite at det blir tatt tak i av ansvarlige personer. En slik åpenhet er viktig for at de ansatte skal forstå at det nytte rå si i fra. (Hanne) Slik det fungerer i Hannes sykehus kan avdelingslederen legge vekk sakene, og ikke åpent vise hva som blir gjort. Det er ikke noe automatikk i at den som melder eller andre i avdelingen, blir involvert i forbedringsarbeidet. Hvis den som melder ser at problemet fortsetter kan det tolkes som at ledelsen stilltiende aksepterer dette, og det blir en kultur som skjuler og tier om det som er vanskelig. Dette gjelder først og fremst saker som går på andres personlige feil og oppførsel.

”Så da kan du si det at systemet vårt er ikke veldig godt for å ta imot problemer som går på hvordan personer utfører arbeidet sitt, for det kan gå i skuffen til avdelingslederen, det behøver aldri å komme fram til den som har gjort det. Så sann sett rydder vi i eget hus, men vi rydder veldig stille da. Altså kan vi putte i skuffer så mye vi vil, og det er en kjempesvakhet.” (Hanne)

Saker som omhandler andres personlige feil og handlemåter er vanskelige saker å melde, derfor mottar avdelingslederne sjelden slike saker. Når slike saker først kommer opp er det også utenom selve avvikssystemet.. Ansatte har behov for å diskutere sakene før de formelt skriver en klage. Fokuset i avvikssystemet er forhold som går på prosedyrer og systemretta virksomhet (Hanne). Dette er erfaringer flere av informantene tok opp.

Å skape åpenhet i avdelingen handler også om hva leder etterspør (Kari). Hvordan refleksjon i hverdagen utnyttes kan også avhenge av hva lederen etterspør. Etterspørres bare de praktiske tingene eller spørres det også etter hvordan prosessen gikk? Det er det lederen gir verdi som etterspørres.

”Noen ledere etterspør om pasienten er klar til å reise hjem, sånne praktiske ting, mens andre etterspør ”hvordan gikk samtalen, hva skjedde”. Så hva ledere gir verdi, det får også en verdi på neste igjen, så det er sånne paralleller hele veien. Så det å være oppmerksom på det som leder, hva er det du etterspør.” (Kari)

Hanne legger også vekt på betydningen av å etterspørre det en vil ha fokus på, men legger til at mottaket av sakene som da kommer opp har større betydning. *”Hvis ingen ser at det blir noen bedring så faller det jo sammen det jeg etterspør også”.*

4.3 Mottak og behandling av avvikene har betydning for meldekulturen.

Som mottaker av meldingene kan avdelingsleder direkte og indirekte påvirke både hva som blir gjort, og hvordan saken blir meldt videre. På spørsmål om de har vært uenige i det som er blitt meldt eller om de har avvist noen avviksmeldinger svarer de fleste at de forstår at sakene har kommet på bordet selv om de selv ser saken annerledes.

”Opplevelsen av det som har skjedd er personlig og ting kan oppfattes ulikt.”

Intervjuer: Har du noen gang rådet noen til å la det ligge, ikke gå videre med det? Ja, det har jeg gjort, vi ble enige om det.

Jeg tenker at når folk først melder så mener jeg det er greit og fint, men at vi kan se på saken og behandle det internt uten å ta det videre til kvalitetsrådet. Vi ordner saken selv. Jeg lar det ligge, men i den forstand at vi prøver å løse det selv. Saken kan se annerledes ut når vi har kartlagt hele saken.” (Guro)

En annen informant så på seg selv som en saksbehandler i forhold til avvikssystemet, og sa også at hos dem skulle avvikene lukkes på lavest mulig nivå. Dette gir avdelingslederen en makt til å definere hva som er avvik.

”Intervjuer: Har du fått inn avvik som du har tekt at dette er ikke noe avvik, dette er noe vi må kunne leve med, og dermed avvist det eller ikke registrert det som avvik?

Ja, jeg får det noen ganger, ting som en ser oppstår underveis.

Det kommer kanskje en dårlig pasient inn, vi skulle gjerne vært en sykepleier ekstra, men det er vi ikke i bemanningen. Vi er en akutt kirurgisk sengepost så vi må kunne takle at de skjer saker og ting her(...)Jeg har fått noen avvik på dette. Og den som melder da mener at kanskje en ekstravakt ikke har vært god nok, og litt forskjellig, det er vanskelig, er det avvik eller ikke... jeg har foreløpig registrer dem og på en måte avsluttet dem med at jeg tar meldingen til etterretning, altså i forhold til det med bemanning og sånt.

Så jeg har vel aldri avvist en sak, men det kan jeg gjøre. Hva som skjer da vet jeg ikke helt (ler litt), men det vil nok bli registrert også det at jeg har avvist det.” (Mari)

Det kan være at avdelingsleder med sin kunnskap og erfaring har rett i sin vurdering, men det viser uansett at de er i posisjon til å virke inn på hva skal defineres som avvik, og om det er noe som andre utenfor avdelingen burde vært kjent med.

Hvordan meldingene ble presentert for de ansatte og hvorvidt det ble gitt respons tilbake til melder var det få som hadde klare rutiner på. En av informantene, Guro, sa det vanlige var å sende det videre til kvalitetsrådet for behandling. Hun er selv til stede i når de behandler avviksmeldingene ca 4 ganger i året. Avdelingene får kvartalsvis en generell rapport om avvikene og evt. om endring av rutiner. Slike rapporter har alle ansatte tilgang til, men de er

veldig kortfatta i formen, og de sier lite om prosessen som har vært rundt avviket. Når avviket blir lukket betyr det at hendelsen er registrert og tiltak er satt i verk for å forebygge tilsvarende hendelse, og at aktuelle saker er meldt videre til ulike eksterne instanser i tråd med lover og retningslinjer.

Guro påpekte at de nettopp hadde hatt besøk av helsetilsynet som hadde anbefalt at de i større grad skulle gi tilbakemelding til den som melder. Hun sa de hadde tenkt på dette fordi det trolig ville gi en bedre oppfølging, men foreløpig vurderte de det fra sak til sak.

”- men vi har i større grad tenkt at å gi en generell tilbakemelding hvis det ikke er helt spesifikke ting så kan det minne mange på hva vi må være oppmerksom på. Men vi gir også personlige tilbakemeldinger der vi mener det må til. Hvis det er konkrete ting som går på personer må vi jo ta det opp med dem.” (Guro)

En annen er tydelig på at det ikke ligger noen automatikk i å gi respons til melder (Per). Noen opplever at de ansatte stadig spør hvordan det går med sakene, og at de er frustrerte over å ikke få høre hva som blir gjort. Andre opplever at de kvartalsvise rapportene som alle har tilgang til ikke blir lest av så mange. Det er derfor mye opp til om avdelingslederen tar det opp på personalmøter og lignende for å få oppmerksomhet rundt sakene.

”Enda viktigere er jo hva vi gjør i våre egne store møter i klinikken. Om tillitsvalgte og vernetjeneste er til stede. Hvordan er det vi der viser disse hendelsene, ikke bare tallene, men hendelsene. Og det er det jeg tenker at vi må få en strategi på at det er sann vi starter her i klinikken, at vi har alt åpent.” (Hanne)

Flere understreker at følelsen av at det nytter er en pådriver for å skrive avvik.

Tilbakemeldingsrutinene er også i Vildes avdeling kvartalsvise, det er ingen personlig tilbakemelding til den som melder. Noen saker kommer likevel opp spontant etter at de har skjedd, det kan føre til gode diskusjoner for eksempel på et morgenmøte. Hun understreker at åpenhet og dialog rundt avviket er viktig for læring. Potensialet ligger i at et åpent meldt avvik gir oss mulighet til å snakke om det i fellesskap, og flere vil da skjerpe seg slik at det ikke skal skje dem også. Hun opplever at det blant personalet er ”en vilje og en evne til å snakke om det” og at det har skjedd mye i forhold til dette de siste tre årene.

”Jeg synes faktisk at vi gir mer rom for det i dag enn det vi har gjort tidligere, ”at dette må vi diskutere for dette går ikke an fordi vi kan påføre uskyldige ting som vi ikke har intensjoner om å gjøre”, så dette må vi snakke om for å bli bedre på.” (Vilde)

Anne trekker også fram kvalitetsutvalget sine rapporter som en viktig tilbakemelding, men først og fremst opplever hun det nyttig at de har kvalitetskonsulenter som bistår henne som avdelingsleder i håndteringen av avviksmeldingene.

4.4 Hva som meldes og hva som ikke meldes.

Det er ganske lik oppfatning blant deltagerne i studien at det er avvikene som omfatter strukturelle forhold som er de vanligste å melde. De opplever likevel at det er flere områder de må ha fokus på for å forbedre eller sikre en god helsetjeneste i avdelingen. I forbindelse med temaet om ytringskultur er det også interessant å se på hva som ikke meldes og evt. få fram noen av årsakene til at det ties om enkelte forhold.

4.4.1 Avvik som berører det strukturelle i avdelingen

Informantene er ganske samstemte om hva avvikene som meldes handler om. Det er de konkrete feilene eller mer systemretta forhold som dominerer.

”Vi har alt fra pasienter som har sklidd på gulvet, falt over sengehesten, feil som går på feilmedisinering, feil type eller gitt på feil måte. Fysiske forhold som at pasienter må isoleres på rom som ikke er isolat, dårlige pasienter som ikke får enerom osv.”
(Anne)

”Vi har flest avvik som feilmedisinering, og i forhold til rom, sånne ytre forhold, konkrete ting.” (Anne)

Det er mest egne feil eller ting de oppdager som ikke er gjort når de kommer på jobb. Avviksmeldinger er lettest å bruke der det er klare mål og prosedyrer, i følge Vilde.

Brita poengterte at avviksmeldinger gjør kritikkverdige forhold synlige for den som har ansvar. Det er ikke alltid en når fram med å ta opp saken uformelt med ledelsen. Til tross for dette er det ikke alt som meldes, det er derfor også interessant å se på hva det er som ikke meldes og hvorfor.

4.4.2 Avvik som berører relasjoner, maktstrukturer og ansvarsfølelse i kulturen

Det er også klart at det er enklere å melde fra om feil som ikke har noen klar skyldner, det ”at noen sa eller at noen gjorde blir holdt i det stille” (Hanne). Det blir personlig og gir en større belastning for melder fordi det da også stilles spørsmål ved deres vurderinger.

”Kan godt tenke meg at mange velger å la vær å melde fra om avvik som de ser andre gjør. Det er jeg sikker på. Det er flere ganger at det oppleves konflikter med leger at de gjør noe vi reagerer på, men at en ikke gjør noe med det før det blir så alvorlig at en bare må. Det er alvorlige ting der det også blir stilt spørsmål ved dine vurderinger.”
(Edel)

Også en annen informant påpeker at å melde fra om kritikkverdig praksis hos andre kan føre til mistro til den som melder. Spesielt blir dette synlig når kritikken retter seg mot andre yrkesgrupper.

”For det jeg merker, når jeg viste dette (avviksrapporten) til avdelingslederen for legetjenesten og han så på dem så møtte jeg akkurat det som jeg regna med at, ”puff”, litt fnys at dette kan ikke stemme. Hun er sikkert overfølsom hun som har skrevet dette.” (Hanne)

Det er også sakene som omfatter andre profesjoner som er mest belastende for ledere å motta og behandle, noe som fremkommer i analysen senere.

Vilde påpeker at avvik som ikke meldes gjerne er de som ikke har ført til skade på pasienten, i noen tilfeller kan pasienten ha fordel av det som skjedde. Ellers så mener hun at avvik på miljø og ledelse sjelden forekommer fordi *”folk er veldig lojal, og vil ikke ha noe ufred i forhold til det, og derfor tier de om ting”*. Hun sier videre at lojaliteten til kollegaer er sterkere enn lojaliteten til pasientene, og at det fører til at avvik ikke meldes. Noen ansatte ønsker å ta det opp med dem det gjelder framfor å melde det som avvik. Problemet da er at det ikke går inn i et systematisk forbedringsarbeid, og kan bli bagatellisert, noe som igjen kan føre til en risiko for pasientene. Hun uttrykker situasjonen slik: *”For vi skåner ikke pasientene, vi skåner dem vi jobber i lag med”*.

Det er flere årsaker til underrapportering ifølge informantene. En av dem, Brita, poengterer at hennes sykepleiere opplever det som angiveri å skrive avvik. De tar ansvar for samarbeidsklimaet i avdelingen, og tror det vil svekkes av at de melder i fra

”Intervjuer: Du nevnte at sykepleierne opplever seg som angivere hvis de sier i fra.

Ja det har vært litt sånn, vi skjønner jo at de har det veldig travelt, og det er jo ikke så enkelt for dem heller.

Og vi vil jo gjerne samarbeide, for hvis vi ikke får til det, hvis dem ser på oss som angivere så... for avdelingssjefen vår vil jo at hvis vi skriver avvik så skal vi bruke navn for hvis ikke har vi ikke mulighet til å ta det opp heller.” (Brita)

I dette utsagnet kommer det også frem at de har en forståelse for den som står for den kritikkverdige praksisen. Også Hanne trekker fram forståelsen for at kollegaens travelhet kan forklare en kritikkverdig praksis og at de derfor ikke vil rapportere hendelsen. Sympati for kollegaen og en tendens til å trekke fram andre gode egenskaper vedkommende har, gjør at de godtar dårlige handlinger. I tillegg nevner hun represalier mot den som melder fra, og at det gjerne fører til at en ikke sier fra flere ganger.

”en hos meg har skrevet en avviksmelding på en forholdsvis ufarlig sak, og opplevde en hel dag med sure miner og represalier, og det er klart, hun har ikke skrevet noe mer hun altså.” (Hanne)

På spørsmål om hva hun som leder kan gjøre i forhold til sine ansatte når det gjelder slike klager svarer hun at de har anledning til å melde det anonymt til henne slik at hun kan stå som

klager. Hun kan som leder tåle det fordi hun ikke trenger å stå i et nært samarbeid med vedkommende i det daglige. Det viktigste er å få fokus på saken ikke den som melder. Men når avviksmeldingen gjelder en persons oppførsel er det ikke lett å skille sak og person noe som dialogen under viser.

”det blir personlig for den som mottar klagen også. For hvis en lege har gjort noe kritikkverdig overfor en pasient så handler det ikke om systemsvikt. Da handler det i de fleste tilfeller om ren høflig opptreden, oppførsel.

Intervjuer: Ja, det går på personlig holdning og egne verdier.

Ja, det blir det. Det er ikke ofte at vi melder feil, altså sånn at man skal skjære noe og så skjærer man skjevt, det er ikke mye av det vi har på poliklinikken. På en operasjonsavdeling kan du ha det. Vi har relasjonene, måten pasientene blir møtt og behandlet på. Og da blir det veldig personlig for da kan de ikke kritiseres for et instrument som blir holdt feil eller skjevt eller opp ned. Det blir på møtet.” (Hanne)

Hun viser også til at det er på det relasjonelle de får inn flest klager fra pasienter også.

Underrapportering kan, som tidligere nevnt, også skyldes tidspress og at lederen styrer hva som er akseptabelt å ta opp.

Andre informantene er også innom forhold som viser at noen sykepleiere tar mye ansvar. De melder ikke fra hvis de tror at en løsning av forholdet vil gå negativt utover pasientene på andre områder. Spesielt kan dette gjelde forhold som først og fremst rammer de ansattes arbeidsforhold. Et eksempel er fra en fødeavdeling der det viser seg at ansatte får i seg for store mengder lystgass pga dårlig eller mangelfullt utstyr.

”Vi har det urovekkende at det blir målt altfor høye verdier blant oss. Slik har det vært i årevis, vi får det ikke ned heller. Dette kunne det jo ha vært skrevet avvik på mange ganger.

Men jordmødrene er så solidariske med de kvinnene at de lar det heller være høye nivå enn å ta det fra dem. Vi har den trusselen hengende over oss. Det er ikke penger da til bedre ventilasjonsanlegg og bedre utstyr og

En ser på konsekvensene, det som skjer hvis en melder, at det ikke er det en ønsket.” (Edel)

Brita nevner også at noen sykepleiere ikke protesterer på forhold som vil ramme pasientene hvis tilbudet blir borte.

”Men så skjuler vi oss jo ofte bak, at ”vi tenker jo på pasienten”. Det hjelper ikke å være uenig i ting, det er pasienten det går ut over hvis ikke vi gjør det og det og det..” (Brita)

På spørsmål om hva de som ledere gjør når de opplever at de ansatte tar så mye ansvar er det Brita som har en klar oppfatning av sitt ansvar. Hun legger vekt på å ta saken opp med de

ansatte, diskutere seg fram til en felles forståelse og peke på det langsiktige perspektivet.

Dermed får de en motivasjon til å melde fra, og ikke dekke over eller kompensere for urimelige forhold.

4.4.3 Sammenhengen mellom oppfattet risikoområder og meldte avvik.

På spørsmål om hva de mener er avdelingens risikoområder, er det ikke alle som har hatt en klar gjennomgang på det. En leder oppgir at de er pålagt å utføre en risikovurdering, men at verktøyene de har for å gjøre det ikke er gode, og at prosessen rundt utviklingen av disse verktøyene har vært for dårlige..

”Vi er i en prosess der vi er pålagt å gi en risikovurdering, men verktøyene for det har vært så dårlig, prosessene har vært litt dårlig. Vi har ikke fått være med i å forbedre verktøyene.” (Guro)

Det som blir trekt fram som konkrete risikoområder er spesielt medikamenthåndtering, beskjeder som ikke når fram eller uklare ansvarsforhold. Det siste er det spesielt spesialavdelingene og poliklinikkene som trekker fram.

”her er flere legespesialister som har ansvar for sine områder. Noen pasienter kan falle mellom pga uklart ansvar mellom legene det er største risikovurderingene.” (Guro)

Helsetilsynet har også påpekt uklare ansvarsforhold som en risiko for at feil kan skje når de hadde tilsyn ved dette sykehuset. Det samme har helsetilsynet påpekt ved fødeavdelingen, i følge Edel.

En annen informant, Brita, trakk fram at manglende kompetanse kan være en risikofaktor. Manglende kompetanse på legesiden for eksempel i ferietider og ved nyansettelse kan føre til alvorlige feil. Det er ofte pga erfarne sykepleiere at forhold oppdages før det skjer noe uopprettelig. Andres påpasselighet avverger ofte feil. Et fastlagt program som skal følges sikrer behandlingen for pasientene, men likevel kan sykepleiere av og til oppdage doser som er feil eller at kontroller ikke er utført.

I avdelingen til Brita diskuterer de hvordan kan gjøre tjenesten sikker for pasienten. Fokus på pasientsikkerhet gjør at hun nå har delegert oppgaver og ansvar til enkeltpersoner for å sikre at personell med god kompetanse følger opp. Avdelingen tar opp forhold som truer sikkerheten til pasient og personell fortløpende. Arbeider også med holdninger i forhold til sikkerhet, og lojalitet mot å følge et opplegg som sikrer alle parter der en prøver å unngå individuelle løsninger for de ansatte. (Brita)

En annen informant, Per, nevner utskrivning og ernæring som to områder de jobber spesielt med nå. Utskrivningsprosedyrer for pasienter som skal ha videre helsetjenester i hjemmet har ikke vært gode nok, og kritikkverdige forhold rundt enkelte utskrivinger har blitt rapportert inn, men det er først og fremst et område de ser forbedringspotensialer i uten at det bygger på mange avvik. Det samme gjelder ernæringsproblematikk i forhold til pasientgruppen de har i avdelingen. Dette er også et satsingsområde, selv om han ikke har mottatt meldinger om kritikkverdig praksis i forhold til ernæring.

Mari sier at de ikke har noen klar risikoanalyse for hvor det er pasientene i avdelingen er mest utsatt for feil eller kritikkverdig behandling. Hun er usikker på hva som kan gi mest feil. Noen pasientklager har gått på uhøflig opptreden av helsepersonell, ellers kan det være forsinkelser av medisiner når det er travelt. En utfordring hun nevner er å få de nye opp på et ønsket kompetansenivå, det krever mye. Dette er et område de har et ekstra fokus på.

”Det som er hos oss er jo at det som oftest er nyutdannede sykepleiere. Hver høst kommer det flere nye. De jobber her, ja la oss si 2-3 år. På den tiden skal de da bli kjent og bygge seg opp en identitet som sykepleier, altså bygge seg opp.. altså vi er veldig ofte der at vi må få de nye til å fungere. At de må få komme, det krever ganske mye å komme seg videre faglig sett da, få opp kompetansen, at den hele tiden stiger”.(Mari)

Hun har også opplevd å få avviksmeldinger som er begrunnet i for dårlig eller manglende kompetanse hos de som er på jobb, dette har stort sett gått på innleid hjelp.

Dette viser at avvikssystemet bare er en del av det forbedringsarbeidet som settes i gang. Det blir gjort både faglige og organisatoriske vurderinger med tanke på kvalitetsutvikling, men det er i varierende grad et systematisk arbeid som ligger til grunn for en slik kartlegging

4.4.4 Verdikonflikter og målkonflikter som bakgrunn for avvik

Etiske dilemmaer som kan føre til feilvurderinger skrives det heller ikke avvik på, men det må diskuteres og arbeides med for at en skal bli bedre i følge Vilde.

Hun sier videre at det er mange områder hvor det er fare for etisk og faglig uforsvarlighet, men at det er et område hun vil trekke fram spesielt. Det gjelder overbehandling av svært dårlige og døende pasienter. Dette er et etisk dilemma som hun opplever er en daglig utfordring i hennes avdeling. Dilemmaet diskuteres mye i avdelingen, og hun mener overtramp forekommer selv om hun aldri får det inn som skriftlige avvik.

*”Nei, dette får vi ikke avviksmeldinger på, vi **kunne** ha skrevet avviksmeldinger på det. Når vi gir kjemoterapi helt inn i døden så kan pasienten oppleve større problem enn han ville fått uten den kjemoterapien.”*

”Jeg tror at noen ganger så kan det skrives avviksmelding, men en annen gang så vet jeg ikke om det er riktig å gjøre det.” (Vilde)

Her er hun inne på at det ikke er så opplagt når dette er avvik. En annen informant, Kari, berørte også dette at det aldri skrives avvik i forhold til brudd på de yrkesetiske retningslinjene. Hun mener at avvikene generelt er for dårlig faglig begrunnet.

”- vi begrunner dem med tid.

Og så begrunner vi det ofte med lovverket, pasientrettigheter, mens jeg tenker at avvik i første rekke skal handle om en faglig vurdering, at vi ikke har fått ivare tatt for eksempel de yrkesetiske retningslinjer som vi har forpliktet oss på.

Jeg har etterlyst hvorfor de ikke bruker de yrkesetiske retningslinjene, her står jo faget beskrevet.”

Kari mener at etikken er grunnlaget for faget. *”Mennesket og respekten kommer jo først og så faget og alle gjøremålene”*. Likevel er det i de praktiske konkrete gjøremålene som er i fokus i avvikshåndteringen. Det mener hun kan skyldes at mange sykepleiere og andre helsearbeidere ikke har etikken integrert. Hun understreker også skjønnets betydning for å avgjøre forsvarlighet.

”- faglig forsvarlighet er også avhengig av et klinisk skjønn og en dømmekraft som den enkelte er nødt til å utøve.

Og jeg som sitter her kan ikke overprøve det hvis en sykepleier med sin dømmekraft sier at det og det må være tilstede her, så kan ikke jeg komme og si at det er ikke nødvendig. Det må den som står ansikt til ansikt bli kjempetydelig på hva som er forsvarlig praksis nå, hva er barmhjertighet nå, hva er respekt nå. Og jeg vil se den leder som kan overprøve det altså.”

Denne informanten vektlegger den enkeltes etiske dømmekraft, men det er ikke alle ledere som opplever at deres virkelighet er slik at de kan overlate til den enkelte sykepleier å sette standarden. Hva som er faglig og etisk forsvarlig, dvs. hvor grensen for det uforsvarlige skal gå er det ikke enighet om i noen av avdelingene jeg har snakket med. Flere avdelingsledere, bl.a. Mari og Guro, har opplevd at de må korrigere standarden til ansatte både ”opp og ned”.

Bruken av avviksmeldinger på for dårlig faglig standard er også mangelfullt i andre avdelinger. En informant, Mari, forteller at de har faglige mål for pasientbehandlingen, men at det ikke skrives avvik om målene ikke nås. For eksempel så har de en målsetting om at kirurgiske pasienter skal ha en smertelindring innenfor et bestemt nivå på VAS skalaen. Det hender at de ikke klarer å kupere smertene godt nok. Det kan skyldes både forhold hos pasienten som kompliserer smertelindringen eller det kan være årsaker hos personalet. I følge, Mari, jobber de med å bli bedre, men hun har aldri fått inn noen avviksmeldinger på dette.

Dette viser at det kan være en del usikkerhet til hvordan avvikssystemet kan brukes til å forbedre helsetjenesten til pasientene, og jeg følger opp med noen spørsmål om systemet kan utvikles til å bli et ledd i å forbedre faglig måloppnåelsen for den enkelte pasient.

”det er jo absolutt en tanke. Men da må det avsluttes hos meg. Det blir en registrering hos meg, og jeg kan se på statistikken etterpå. Men nå har vi ikke hatt dette systemet så lenge da, og de har sagt at, de som har innført dette systemet, Synergi, sier at når det har gått et halvt års tid så kan vi gå inn og se på statistikker, og se hva er det vi bør jobbe videre med.

Men vi har ikke jobbet med det på denne måten, så systematisk.”(Mari)

Hvordan systemet kan brukes og utvikles handler også om hvem som har et eierforhold til systemet. Denne informanten opplevde at det var organisasjonene eller toppledelsen som eide systemet. Ikke de ansatte eller pasientene. Bruken av systemet vil bli påvirket av det.

4.5 Forståelse av begrepene faglig og etisk forsvarlighet

Informantene fikk spørsmål om de hadde tatt opp til diskusjon i avdelingen hva som er faglig og etisk forsvarlig praksis. Noen har hatt dette som tema i strukturerte formelle fora, mens andre sier temaet bare har vært oppe i uformelle sammenhenger. Alle opplever en viss grad av uenighet, også de som ikke har hatt dette som tema i sin avdeling tror der er ulike oppfatninger om hva som er forsvarlig praksis. Både Anne, Mari og Grete mener noen av de ansatte har for store krav, og at en må skille mellom hva en ideelt ønsker og hva som er innfor det forsvarlige.

Som eksempel på en avdeling der det blir tatt opp i formelle fora har vi Per som sier de har brukt morgenrefleksjoner, noen korte morgensamlinger de har innimellom, til å diskutere ulike dilemma de står opp i. Andre formelle fora som har blitt nevnt er refleksjonsgrupper som tar utgangspunkt i case eller opplevde pasientsituasjoner og seminarer. Ellers nevner Kari at de på møter har diskutert forsvarlighetsbegrepet i sammenheng med aktuelle pasientsituasjoner. Hun legger også til at de har en direktør som har sagt at de skal bruke begrepet godt nok. Dette ble flere provosert av, og de arrangerte en fagdag for hele sykehuset der han måtte forklare hva han mente med ”godt nok”. *”Det ble en spennende dag om faglig forsvarlighet”.* (Kari)

Brita knytter forsvarlig praksis opp til måloppnåelse. Hun tenker at når de oppfyller målene de har satt seg for pasientene så er det som regel forsvarlig praksis. Når målene for pasientbehandlingen ikke nås kan årsaken være at ting ikke blir fulgt opp som de skal. For eksempel kan det være at pasienten ikke får nok informasjon, og må bestemme seg uten å få tid til å tenke seg om og bearbeide informasjonen

”Vi opplever faktisk at pasienten sier ”dette gjør meg veldig forvirret, dette har jeg ikke visst noe om, jeg har aldri tenkt at det kunne gjøres sånn”. Og da kan en jo spørre seg om det er etisk forsvarlig det vi gjør.”(Brita)

Brita opplever at det er uenighet i avdelingen om hva som er forsvarlig praksis.

Sykepleiegruppen mener hun er stort sett samstemte, uenigheten kommer først og fremst til syne i forhold til legene som er de som bestemmer behandlingsopplegg. *”for legen kjører sitt opplegg, det er nå det det går på.”*. Hun legger til at legene har den medisinske kompetansen til å vurdere og å beslutte når det gjelder behandlingsopplegg, men mener *”at den diskusjon har vi hatt for lite sammen med legene. Vi burde hatt det mye mer.”*

Hanne trekker også fram at det er uenighet i staben om hva som er forsvarlig. Hun mener sykepleierne stort sett er enig i hva som er faglig forsvarlig, dvs. de er nøyaktige med prosedyrer og at de skal utføre arbeidet riktig. Skillet ser hun først rundt etiske vurderinger.

”Men når det gjelder det etiske tingene, hva man kan tillate seg å si og gjøre og behandle folk så er de kanskje litt ulike. De sist nyankomne er kanskje de som har en ganske høy forsvarlighets grense. De er ikke vant til så mye.”

På spørsmålet om hvordan hun takler et personalet som har en ulik standard på hva som er etisk forsvarlig viser hun at hun er flink til å se styrken og utviklingspotensialet hos sine ansatte. De er en sterk faglig gruppe, med lang erfaring.

”Og det er derfor jeg tror at dette er en gruppe som kan klare å sette fokus på etiske dilemmaer i hverdagen vår fordi de er genuint opptatt av fag og pasientens ve og vel.”

Hanne legger også vekt på åpne diskusjoner om temaet etisk forsvarlighet, og får respons på at noen synes hun går for langt, at hun tåler for lite. Andre er glade for at dette tas så grundig opp. De er heller ikke enige om hva som skal meldes eller hvordan melderutinene skal være i slike saker. Hanne har derfor åpnet opp for at alt, stort og smått, kan meldes så kan de diskutere og si sakene etter hvert. Dette blir hennes ansvar som leder. Hun har aldri avvist noen saker.

4.6 Forventninger og tilbakemeldinger fra brukergruppene.

Noen avdelingsledere signaliserer at pasienter ofte har urealistiske forventninger til hva de kan forvente av kvalitet på tjenesten. Det er spesielt de tre som representerer de store sengepostene som formidler dette. Anne oppgir at de ikke har hatt noen brukerundersøkelser bare for sin avdeling. Både hun og de andre ansatte er, i følge henne, lydhøre og oppmerksomme på hvordan pasientene har det, men legger til at *”folk er veldig individuelle også, noen har kanskje krav og forventninger som vi mener er urealistiske, men jeg opplever at vi lytter”*.
(Anne)

Ingen av postene har egne systematiske brukerundersøkelser, men har i noen tilfeller hatt pasienter som er inkludert i større brukerundersøkelser i helseforetaket, eller i undersøkelser som omfatter alle i en bestemt pasientkategori i landet. De mottar rapporter om dette i ettertid, men det virker som det ikke er noe de får et eierforhold til som de bevisst bruker.

”Intervjuer: Bruker dere den aktivt for å bli bedre?”

Ja vi har sett på dem, det er vesentlig for at de skal ha nytte, men ikke sett så mye på det nå sist.”(Anne)

Det er også andre som signaliserer at det er mer tilfeldig om og når pasientene blir tatt med i prosessen rundt forbedringsarbeidet. Guro svar slik på spørsmålet: *”Helseforetaket har vel også noen brukerundersøkelser, men innenfor vår avdeling kan jeg ikke si at vi bruker det bevisst. Vi bruker det når vi har anledning til det, det blir mer tilfeldig.”*

Hun opplyser også at de har klageskjema for pasienter og pårørende, men at de ikke blir informert om det når de kommer. Det er opp til de ansatte å være oppmerksomme på om noen ønsker å klage. De ansatte har *”en stående instruks om at vi skal legge til rette for at de som ønsker det skal få klage”*, men det er opp til de ansatte å fange opp om noen ønsker å klage.

Mari derimot trekker fram betydningen brukerundersøkelsene har når jeg spør henne om kvaliteten på helsetjenesten også omfatter hvordan pasientene blir mottatt, eller om det er det medisinsk faglige som teller mest.

”dette kom jo fram i brukerundersøkelsen, hvor det går på behandling og hvordan de har blitt mottatt og hva de har fått av informasjon... Der skal det fanges opp da, og når vi får resultatene kan vi da ta det opp på møter og diskutere det.”

De har brukerundersøkelser tre ganger i året, og registrerer i tillegg klager fra pasienter. Hun mener at de tar dette på alvor. Det som går på holdninger blir diskutert på personalmøter, hva som er viktig for pasienter og pårørende.

”Vi går i den vanlige tralten her, ... dette er en jobb, vi får skylapper på, vi ser ikke ting. Det er godt med en tilbakemelding på slike ting.”

Men hun vedgår at de snakker veldig generelt om dette, de formulerer ikke noen konkrete mål og tiltak i forhold til det som kommer opp.

Mens vi prater ser jeg at det på dataskjermen til Mari står visjonene til sykehuset med en målsetting om respekt, trygghet og kvalitet for pasientene. Hun sier at dette kommer opp på alle dataskjermene, og at det er et tiltak initiert fra toppledelsen. På spørsmål om de har

diskutert hva som ligger i disse begrepene sier hun at de snakker mye om respekt, men at de ikke har hatt dette oppe som et eget tema i personalgruppen.

4.7 Utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet.

Saker som omfatter andre profesjoner er vanskelig å melde i følge Anne. Flere er inne på det samme. De er også vanskeligere å håndtere for avdelingslederen som ikke har noe direkte personalansvar for andre enn pleiepersonalet.

En utfordring er at yrkesgruppene synes å ha en ulik virkelighetsoppfatning. Hanne opplevde å bli sterkt rystet over noen saker hun fikk på bordet som omfattet personer fra legetjenesten, mens lederen for legen det gjaldt bagatelliserte det hele. Hun trekker også fram at det er vanskelig når ikke andre grupper ser behovet for samarbeid i like stor grad som dem selv. Etikkseminaret de nylig arrangerte var tverrfaglig, men det var kun sykepleiere som møtte. Også Grete og Vilde er inne på at legene som de samarbeider mest med ikke har kommet like langt i å åpne opp for å snakke om kritikkverdig praksis og egne feil.

Hanne har også lagt vekt på at det må være et tverrfaglig samarbeid på ledernivå, og har tatt sakene om kritikkverdig behandling av pasienter opp på ledermøtet for som hun sier:

”skal vi endre kulturen i legegruppen så må vi ha med lederen deres. For hvis lederen er grunnleggende imot dette her og synes det er noe stort tull, så vil de andre gjemme seg bak det og si, at ja...”

Flere savner et tettere samarbeid for å bedre det totale tjenesteilbudet til pasientgruppene. Brita uttrykker kanskje fordelen med det klarest av alle.

”Det er jo noen leger som er flinkere til å samarbeide med sykepleiere om behandlingsopplegg og informasjon enn andre. Og det er leger som ikke søker sykepleiehjelp, det er her avvikene skjer.” (Brita)

Hun legger til at det er legene som har den medisinske faglige kompetansen, men at hun mener det er mangelfulle tverrfaglige dialoger om hva som er god praksis.

Også klager mot sykepleiere fra andre grupper kan være vanskelig å takle, det er lettere å gå i forsvar når andre påpeker feil. Må forvente å bli vurdert og kritisert når en setter åpent søkelys på andre. Hanne sier at de også har fått kritiske meldinger fra andre yrkesgrupper mot seg som de må takle.

”og det er også noe som er veldig vanskelig her, selvfølgelig, for hvis vi åpner for dette her så åpner du døra inn også. Da kan det hende at den legegruppen for eksempel, som ikke har sagt så veldig mye om utføringen av våre tjenester til nå, kan plutselig blir ganske kritisk.

Og den må vi tåle, og den kommer til å bli vanskelig, for det er de ikke vant til.”

Fokuset de har hatt på andre grupper har også ført til refleksjon over egen praksis. De opplever det bedre å oppdage egne feil enn å få det fra andre yrkesgrupper, men Hanne mener at en så faglig sterk gruppe som hun leder også vil tåle å ta i mot kritikk. Også Vilde og Brita har gjort seg lignende erfaringer i sine avdelinger.

4.8 Handlingsstrategier i møte med avvik og behov for kvalitetsutvikling

Å være leder innebærer flere funksjoner. Å forstå sin rolle og sitt ansvar som leder er viktig, men noen ser bare deler av den, eller vektlegger de ulike funksjonene ulikt.

Hvordan lederne tenker om sin lederrolle og hvilke strategier og handlingsvalg de velger som ledere kom spesielt fram når vi snakket om fagutviklingen i avdelingen, og deres erfaringer med å gjennomføre forbedringsprosesser. Det er i denne sammenheng jeg opplever størst forskjell hos informantenes forståelse av sin lederrolle. Begrepet strategi forstår jeg her som det personene gjør, og ikke som noe organisasjonen har. Grunnen til at jeg har valgt å fokusere på hvordan de håndterer endringer og driver fagutvikling er at de gjennom det viser noe av det vi kan sammenfatte som kommunikasjonsbetingelser i avdelingen. Tryggestad og Skivenes har gjennom sin forskning nevnt kommunikasjonsbetingelser som en viktig grunn til underrapportering.

4.8.1 Avdelingsleder som rammevokter

Begrepet rammevokter er en betegnelse som blir brukt om lederroller som har et tydelig administrativt ansvar for budsjett og systemer i organisasjonen. Begrepet kan også inkludere tilrettelegging for at arbeidet skjer innenfor juridiske rammer. Blant mine informanter var der noen som var tydeligere i sin rammevokterfunksjon enn andre.

En informant tar opp dilemmaet det er for en leder når hun får meldinger fra de ansatte om at noe ikke er bra samtidig som hun fra sin leder ikke får flere ressurser eller mulighet til å reversere en igangsatt endringsprosess.

”Og det er et vanskelig dilemma for en leder det at en på en måte skal ha en fot i begge leire.

Og jeg måtte forholde meg til det hun (min overordna) sa om hva som var virkeligheten vår, og at slik ville det bli at vi måtte tilpasse oss det, samtidig som at jeg var i hennes leir så måtte jeg også gå over til de andres leir og se deres frustrasjon. Det var kjempevanskelig.” (Brita)

Hun måtte forstå behovet for tilpassning samtidig som hun skulle kunne møte de ansatte som ikke forstod behovet for endringen. Utfordringen var å ikke avvise de ansatte, men trekke dem inn i prosessen slik at de forstod hva som foregikk.

”Det var uhyre vanskelig, men jeg tror faktisk at jeg klarte å få formidlet det for jeg fikk tilbakemelding om at de skjønnte at jeg stod i et kjempedilemma.” (Brita)

Brita nevner også at hun som leder har måttet ”svelge mange kameler” fordi hun har vært forpliktet til å følge opp bestemmelser ovenfra før hun har sett nytten av det selv.

En annen informant påpekte at når det er snakk om økt behov for bemanning i avdelingen så er det lett å gå i en forsvarsposisjon. Det skyldes at hun som avdelingsleder må gjøre en helhetlig vurdering, mens sykepleierne ofte er opptatt av det nære rundt dem.

”Men det er jo dette når vi snakker om bemanning da at ikke vi som må redusere på bemanningen kommer i en forsvarsposisjon, at vi skal forsvare hvorfor det er sånn, at vi kan diskutere dette åpent da. Vi gjør jo dette uti fra en vurdering, vi ser posten under ett, mens veldig ofte så ser gruppene sin gruppe da... - det er vanskelig å komme i en dialog da hvis en havner i en forsvarsposisjon.” (Mari)

Rammevokterfunksjonen kan gjøre at en lett vurderer forsvarligheten uti fra rammene en har fått tildelt slik denne informanten formidler det gjennom intervjuet.

”Men jeg er skviset ovenfra, har budsjett jeg skal holde. Jeg får melding om at det er for lite folk, men jeg var ikke enig, dette får være nok med de pasientene jeg har i dag, men så kom det avvik. Noen sier dette er nok folk, mens andre sier det er for lite. Noen får aldri nok, pasientene kan trenge uendelig.

Intervjuer: Forsvarlig standard, etisk og faglig. Har dere diskutert dette på avd.?

Det har vi, vi må skrive ned hva som er nok, noen mener det trengs mer, Men den standarden er uoppnåelig med de helsebudsjettene vi har.

Jeg kan si til dem at sånn kan vi ha det av og til, men at vi ikke klarer det hele tiden, vi har ikke budsjetter til det.

Ja, og kravene kommer ovenfra, og nedenfra. Pasientene forventer noe, da er det ikke lett å si at det der har vi ikke råd til.” (Grete)

Det er tydelig at hun opplever et press ovenfra i forhold til å ikke overskride rammene, i tillegg må hun takle et press i fra de ansatte som ønsker en høyere standard, og fra pasientgruppene som har omfattende rettigheter og i tillegg er oppfordret til å klage gjennom brukerundersøkelser og ellers. I intervjuet kommer det fram at hun opplever liten støtte ovenfra av de som både tildeler midler og samtidig formidler krav om kvalitet uten å si noe om hvordan de skal klare det. (Grete)

Til tross for at denne avdelingslederen så tydelig markerer sitt ansvar for å holde seg innenfor rammene så svare hun slik på spørsmålet om hvor hun opplever hun har sin lojalitet:

”Bruker å si at her kan jeg enten bli hengt fordi jeg bruker mye penger eller fordi at jeg gir for dårlig pasientbehandling. Jeg foretrekker å bli hengt fordi jeg bruker for mye penger. For hengt blir jeg uansett.

Sånn skvis står vi i.” (Grete)

Flere avdelingsledere opplever en lojalitetskonflikt. De skal styre innenfor gitte rammer, både økonomisk og i forhold til kvalitetskrav. En avdelingsleder (Guro) opplever kvalitetskravene uklare. Hun viser til at arbeidstilsynets rapport ”God vakt” dokumenterer et sprik mellom oppgaver og ressurser, men at økonomien avgjør om det blir gjort noe i forhold til det eller ikke.

”Personalet føler på det. Det er reelle funn over hele landet. Når toppledelsen får pålegg om å gjøre noe med det så viser det seg at det er pengene som teller, slike funn blir ofte lagt til sides.” (Guro)

Som en motsats nevner hun streiken i sykehusene for noen år siden, der ansatte over minimumsbemanning ble tatt ut i streik. Minimumsbemanning tilsvarer det de må klare seg med i 8 uker om sommeren. Streiken førte raskt til tvungen lønnsnemnd med begrunnelse i fare for liv og helse. Hun konkluderer med at *”det er mye paradokser i hva som er god bemanning som gir god kvalitet”*.

Rammevokterfunksjonen kan skape vanskelige lojalitetskonflikter. På spørsmål om hvor hun har sin lojalitet kommer det fram en lojalitetskonflikt i forhold til de ansatte og ledelsen over.

”Ja, nå er vi jo definert som ledere i helseforetaket. Jeg er en leder, jeg er ikke noen tillitsvalgt for de ansatte. Min lojalitet er pr. definisjon som leder. Det gjør noe med påleggene en får ovenfra, en er forplikta til de.

Det kan gi en lojalitetskonflikt i forhold til de vi står nærmest. Vi er veldig nært det daglige arbeidet, og står for så vidt også i det daglige arbeidet. En kan derfor også si at min lojalitet er hos mine.

Jeg kan egentlig ikke si det juridisk sett, da skulle jeg kanskje ikke hatt denne jobben. Det er en konflikt.” (Guro)

Avdelingslederen kan også framstå veldig sterkt som rammevokter i forhold til hva de definerer som avvik, og hva som må aksepteres fordi rammene de har ikke gir mulighet til kvalitetsforbedring slik de ser det.

4.8.2 Handlingsstrategier med vekt på åpenhet og involvering

Spesielt tre av informantene kan brukes som eksempler på en strategi preget av åpenhet og involvering. Felles for disse tre lederne er at de er ledere på poliklinikk eller spesialavdeling.

Personalet de leder har høy kompetanse og er godt voksne, og det er liten grad av utskiftning i personalet.

Brita har vært gjennom en større omorganisering ved poliklinikken etter at hun ble avdelingsleder. Hun opplevde det som et dilemma at ledelsen over henne var fast bestemt på at denne endringen var nødvendig for å møte fremtidens behov samtidig som sykepleierne hun er leder for ikke forstod det slik. Hun uttaler at hun opplevde dette som et dilemma, og måtte jobbe for å få de ansatte til å forstå hvorfor de måtte gjennom denne endringsprosessen. Hun selv ser at økende krav gir behov for omstilling og utvikling.

”når jeg begynte på poliklinikken så var det 6-7 tusen pasienter i året og i år har vi over 14 tusen, det er klart at vi kan ikke gjøre de samme tinga nå som for syv år siden.

Ja, og det står jo i de yrkesetiske retningslinjene vår også at vi skal stille oss åpen for nye utfordringer i sykepleien, og å kunne omstille oss hvis det er nødvendig. Det må vi jo bare ta.”

Hun kan vise til en endringsprosess med en høy grad av involvering av de ansatte underveis. Informasjonen og samtalen med de ansatte i forkant og underveis var preget av at hun måtte få fram hvorfor endringen var nødvendig. Det var også motsetninger blant de ansatte der noen holdt igjen, mens andre ville ha endring. Hun beskriver diskusjonene som gode og intense med mange innspill. *”ja der er mange innspill altså, det er så fillene fyker”*. (ler godt her) og legger til at store endringer er tunge prosesser, *”det var krig nesten”*.

Viktig å få alle med seg i prosessen en kjører. Sier at hun ofte bruker provoserende spørsmål for å få i gang en diskusjon, ikke bare stille åpne spørsmål. Opplever en passelig grad av uenighet, og at det er rom for uenighet i avdelingen. Samtidig ser hun at det kan være en utfordring å få med de som har vært her lenge på gode forslag fra de nyansatte.

Hun er bevisst på å spille på de positive innspillene, og de som er positive til endringer. *”Som leder kjenner jeg gruppa, og vet hvem som har positive ideer, og slipper dem fram.”* . Hun fremhever også betydningen av å være oppmerksom på at de stille gjerne kan ha de gode ideene. Gruppa opplever hun har vokst seg sammen, og at de er trygge på hverandre. De tør derfor å komme fram i diskusjoner. Hun tror derfor også at de som er uenige eller mener noe er kritikkverdig vil komme med det. Under hele prosessen understreket hun for de ansatte at de måtte gjennom denne endringen, og at det ikke ville bli noen evaluering eller åpning for å gå tilbake til den tidligere organiseringen.

Det kommer også fram gjennom intervjuet hvordan hun ser på sine ansatte. *”så er det en fantastisk gruppe jeg har. Jeg er utrolig stolt skal jeg si deg. Så det er veldig artig å jobbe med dem”* og *”Jeg hører jo på mine ansatte, for de er jo min ressurs, sånn tenker jeg”*. Dette trakk hun frem uoppfordret selv om det også underveis kommer frem at hun også synes det er en belastning med de som svartmaler alt.

Omorganiseringen er nå vel etablert, og blir i dag oppfattet som god av både av ledelsen og personalet. Hun har hele tiden gitt enkelte ansatte muligheter til tilpassninger som for eksempel å ikke ruller mellom ulike oppgaver i samme grad som andre.

På spørsmål om hva hun mener er årsaken til at de lyktes med omstillingen svarer hun:

”Det viktigste var vel at jeg stod i det, at jeg ikke vek unna de store konfrontasjonene, de store diskusjonene, jeg måtte bare stå i det, - egentlig er jeg ikke tålmodig, men akkurat i den prosessen der tror jeg at jeg var veldig tålmodig. Ja. At de fikk lov til å snakke.”

I tillegg trekker hun fram et tverrfaglig seminar over to dager som de arrangerte når de opplevde liten framdrift i prosessen. Der var også ledernivået over tilstede, og en ekstern person som ledet dem videre i prosessen. Høy grad av involvering av de ansatte førte til fortgang i prosessen.

”Alle sammen, fra merkantilt personale til legene fikk si akkurat hva de mente og følte, og hvor vi skrev opp ting og prøvde å fine plusser og minuser, og hva vi skule bygge videre på, og hva vi absolutt måtte gjøre for at vi skulle komme videre. Det tror jeg var et vendepunkt.”

Også Guro hadde vært gjennom en endring i forhold til organiseringen av ferieavviklingen. Endringen møtte mye motstand fordi de ansatte nå måtte velge mellom to ferieperioder og ikke ha ulike individuelle løsninger over en lengre periode. Endringen ble satt i verk fordi det ville øke kvaliteten og pasientsikkerheten i avdelingen med en mer forutsigbar personalsituasjon også om sommeren. *”Det har vært tungt å jobbe med denne, men jeg har fått en bekreftelse på at det var riktig. Jeg var så bestemt på dette at jeg ga meg ikke.”*(Guro)

Årsakene til at endringsprosessen lyktes kan være at kommunikasjonen i avdelingen var preget av utveksling av informasjon. Som leder forklarte hun hvorfor omleggingen var nødvendig samtidig som de ansatte kunne formidle behov og følelser. Endringen ble ikke innført fra et år til et annet. Hun la opp til en åpen prosess over tid der hun så enkeltmenneskers behov. Hun viser også evne til å se saken fra flere perspektiv uten å miste fokus.

”Jeg gjorde meg noen erfaringer hva det gikk an å gå i en dialog om. Hva som var viktig for meg og andre uten at det gikk utover noen. Jeg gjorde det smidig, og lot dem være involvert

Intervjuer: Bøyg å komme til en felles forståelse, - at dette må en gjøre noe med og så gjennomføre en endring?

Ja, det er det. Det er her min rolle er viktig. Det så mange forskjellige som er involvert. En må gå en aktiv prosess, som jeg er aktiv i.”

Hun trekker også fram utfordringen det er med et personale som går i turnus. En når aldri hele personalgruppen. Endringsprosesser krever derfor tid og at hun som leder er aktiv og sørger for at alle føler seg involvert. Det viser at hun forstår behovet for at noen får ekstra tilrettelegging for å få med seg informasjon, og for å få uttalt seg om saken. Utfordringene ved omstillingsprosesser når de ansatte går i turnus er det også flere informanter som trekker fram.

Hanne er også i ferd med en større endringsprosess i sin avdeling. Den har en litt annen karakter. Hun vil jobbe med meldekulturen i tillegg til mottak og behandling av det som meldes. Det var de systemretta sakene og konkrete enkelthendelser som ble meldt, men ikke de vanskelige sakene som omhandler det relasjonelle og hvordan personer utfører arbeidet sitt. I forbindelse med et etikkseminar ønsket de å sette fokus på hvordan de møter og behandler pasientene. Hun fikk inn tre caser som beskrev noen situasjoner i avdelingen som sjokkerte henne, og da det ble kjent at dette ikke var noen enkeltstående hendelser ble det enda verre. Hun skjønnte med dette at avviksmeldingssystemet ikke ble brukt til slike saker.

”Forbedringssystemet, som før hette avvikssystemet går veldig mye på systemretta virksomhet, at vi skal endre systemer for å få ting bedre. Men de sakene som angår at en sa og gjorde blir holdt i det stille enda”.

Hun er klar på at hun ikke ville akseptere at det som ble rapportert inn via casene skulle kunne fortsette. Hun skjønnte at her var det snakk om holdningsendring og kulturbearbeiding. At det er snakk om kulturen får hun bekreftet ved at casene var skrevet av to nyansatte.

”Da sitter her folk som har jobbet i 40 år på poliklinikken og som ikke leer på et øyelokk engang når de er inne på stuene og opplever akkurat det samme. De på en måte rister det litt av seg og er vant til det.”

På seminaret ble de andre ansatte konfrontert med hvorfor de ikke har rapportert om slike forhold før, men de hadde ikke noen kommentarer til det. Sakene omfattet andre profesjoner enn de hun har personalansvar for, og når hun viste dem til deres leder ble hun møtt med en bagatellisering.

”Og da får jeg den første indikasjonen på at her er vi ikke klare enda, noen er ikke klare for å ta i mot

Så vi har brukt masse tid i personalgruppa på hvordan vi skal gå fram, for hvis vi går ut for hardt med alt vi har nå så får vi noen dører i ansiktet som gjør at vi får ikke kommunisert for å bli bedre.”

Med dette som bakteppe er hun en pådriver for å endre denne kulturen. For å få det til legger hun vekt på åpenhet i avdelingen. En må etterspørre slike saker og vise gjennom måten en behandler enkeltsakene på at dette ikke er akseptabelt. Som melder må man få tydelige signal på at det er ok å melde fra. På spørsmål om hvorfor hun tror de lar være å melde fra nevner hun to forhold. Det ene er frykten for represalier, og det andre er at de har en stor forståelse for at noen ikke holder et høyt nok nivå på arbeidet sitt. De unnskylder den som gjør noe kritikkverdig med for eksempel tidspress eller at de er dyktige på så mange andre områder. Dermed ”glatter de over”, og kompenserer heller ved å yte mer selv. På spørsmål om hva hun oppfatter som sitt lederansvar når hun vet dette skjer la hun vekt på at hun vil fronte sakene, dvs. stå som klager. Sykepleieren kan være anonym fordi det er sakene som er viktig å få fram ikke hvem som klager. Hun la også vekt på at hun som leder må være tydelig på det kvalitative nivået i avdelingen, og at det gjør hun best ved å vise at enkeltsakene blir tatt alvorlig.

*”så må de sakene som kommer opp bli tatt så alvorlig at man ser at her er det faktisk vi aksepterer ikke det nivået, vi skal ha et annet nivå. Og det er et lederansvar etter min mening
Hvis du lykkes med det så får du en avdeling som hele tiden er dynamisk og de oppdrar hverandre i hvordan vi vil ha det, men du er nødt for å skape en endring først og så vedlikeholde den.”*

Dette innser hun krever tid og langsiktighet, samtidig som det må være i fokus i den daglige drift. Å klare å endre en kultur som omfatter flere profesjonsgrupper, der hun har personalansvar for den ene gruppen, forutsetter også at dette blir forankret i toppledelsen og i ledergruppen. Ledelsen, spesielt øverste ledelse, er premissleverandør for hva de gjør videre. Hun vil ikke si ”at det er noe galt med legekulturen, men ledelseskulturen i klinikken, vi må endre oss.”. Den øverste ledelsen i klinikken oppfatter ikke at de har problemer i samme grad som sykepleiegruppen, så samtalene er også viktige for å oppnå en felles virkelighetsforståelse på alle nivå og i alle yrkesgrupper ved klinikken.

Hun har også hatt diskusjon med en annen leder som mener at rapportering kan oppfattes som angiveri. ”Så i klinikken tror jeg det er mye kultur, og det å åpne seg for, kall det kritikk. Og som klinikk begynne å se på dette her som en forbedringsprosess mer enn angiveri.”

Hun vektlegger også at alle ansatt skal forstå at dette har en forankring i toppledelsen, og at hun trenger å oppnå en aksept fra de ansatte om at dette skal det jobbes med. Hun ser positivt på at uenighet kommer frem, det skjerper hennes egen argumentasjon, men innrømmer at det er

slitsomt med de som aldri kan være enig. Hun utfordrer kritikerne til å være løsningsorientert, og ikke bare tømme ut all sin frustrasjon, men bidra til å tenke ut alternativer. Hun bruker her åpenhet som et ledd i ansvarliggjøring av enkeltpersoner.

Alle disse tre informantene, og noen av de andre, har strukturerte og uformelle møtepunkt for både veiledning, refleksjon og faglig oppdatering gjerne ved hjelp av case drøftinger. I tillegg har de personalmøter og ulike møter i forhold til driften. Både de uformelle samtalene og de strukturerte møtepunktene blir sett på som verdifulle. Brita poengterer at samtalene rundt pasientsikkerhet og avvik må struktureres for å fungere, men at tidsfaktoren gjør at det bare er de mest graverende tilfelle som blir tatt opp i hele kollegiet.

Guro derimot er opptatt av å få fram at vi ikke kan skylde på mangel på tid for å få i stand diskusjonene. Hun er opptatt av at det skal være en diskuterende stil i avdelingen.

”Når folk er nye og på medarbeidersamtaler så tar jeg opp at det ikke er noe overordna mål eller mitt mål at de skal jobbe så selvstendig for seg selv. Overordna mål for meg er at folk skal snakke høyt hva de har tenkt å gjøre.”

Hun trekker fram at dette gir rom for korrigering, og den kollektive tause kunnskapen får mulighet til å utvikle seg i en transparent organisasjon. De oppøver fagligheten ved å diskutere pasientsituasjoner, og kontrollere hverandre. De ansatte er positive til å bli passet på av hverandre, - det kan i følge Guro skyldes at de er erfarne og trygge fagpersoner i utgangspunktet. Denne åpenheten mener hun er viktig å holde ved like, og hun ønsker derfor ikke å innføre stille rapport fordi hun mener det tar bort en av mulighetene til å diskutere pasientsituasjoner i kollegiet.

4.8.3 Brannslukning og "fanget" i den daglige driften

Noen avdelingsledere sliter mer med å ha så klare strategier for sine forbedringsprosesser.

Anne som leder en stor sengepost sier at den daglige driften har forrang foran planer, strategier og organisert fagutvikling. Både fagutviklingssykepleier og avdelingssykepleier må inn i den daglige driften av og til hvis det mangler folk i forhold til oppgaver. Den daglige driften krever ofte så mye at fagutvikling og planlegging kan bli nedprioritert. Til tross for dette så har hun en plan for kompetanseutvikling både for den enkelte og for avdelingen. Planen viser at hun har fokus på både kollektiv og individuell fagutvikling. Hun poengterer at fagutvikling er både ansatte og leders ansvar.

”Vi har et felles ansvar for det. Vi(ledelsen) har ansvar for å signalisere hva slags kompetanse og nivå vi vil ha og legge til rette for undervisning og gi tid til det. Samtidig har alle et ansvar for å holde seg à jour, lese seg opp på ting, og at hvis de har prosedyrer de ikke er kjent med eller ukjente diagnoser at de slår opp i bøker og gjør seg kjent med dette.”(Anne)

Forventingene til kompetansenivå formidles bl.a. gjennom medarbeidersamtalene. Anne har også et strukturert opplegg for fagutvikling som de prøver å gjennomføre. Opplever god oppslutning, og hun signaliserer at hun forventer at de deltar. Gjennomfører også medarbeidersamtaler. Hun opplever at de ansatte kan ta opp aktuelle forhold med henne, og har aldri opplevd å bli forbigått av de ansatte når det gjelder avviksmeldinger.

En annen leder, Grete, opplever at det er vanskelig å formidle et klart kompetansekrav til sine ansatte. Hun har gitt opp å ha veiledningsgrupper fordi de ikke fikk det til å fungere.

Internundervisningen synes hun det er dårlig oppslutning om *”Vi har prøvd å ha jevnlig internundervisning, det er noe av det vanskeligste jeg har gjort”*. Det er få som møter opp.

”Sykepleierne selv som ønsker det svikter ofte opplegget. Innstillingen til jobben har endret seg. En skal ikke lese på fritida, hjemme, eller komme på undervisning, alt skal gjøres i arbeidstida. Det er mange med den innstillinga. Men så er det noen som fornyer seg hele tiden, som skaffer seg kunnskap. Det er herlig med sånne personer.”

Dette viser at hun har en veldig sammensatt personalgruppe, noe som ofte kjennetegner store sengeposter. Hun sliter med å få tak i nok vikarer, og må ofte selv stille opp og gå doble vakter. Hun gir uttrykk for at hun hele tiden er på etterskudd, *”får ikke tid til å gjøre utviklingsting, hele tiden brannslukning. Tiden går med til å skaffe folk til seinvakt og helger osv..”* Hun opplever grunnbemanningen for lav. Selv om hun har to fagutviklingssykepleiere som hun sier er *”glødende interessert”* så må de ofte gå inn i den daglige drift fordi det mangler personell.

Hun sier mye av utviklingsarbeidet og oppfølgingen av personalet blir tilfeldig, og at jobben som avdelingsleder burde vært fordelt på minst to personer. Hun opplever at hun har krav til seg fra ledelsen over, og at hun må løse det innenfor de rammene hun har. Et hjertesukk kommer i den forbindelse:

”Hvis alle på en avdelingen hadde vært innstilt på å endre ting, og gjøre det på en bedre måte... Men vi har alltid noen som alltid ser svart på ting, og sier dette har vi ikke tid til, og som virker som en brems, så får vi en sånn fram og tilbake situasjon. Noen er ivrig og vil, mens andre holder igjen og fortsetter som før. Noen gjør akkurat jobben sin, ikke engasjert. Ansettelse er veldig viktig, å få tak i de rette folka.”

Hun prøver å få til noen gode møtepunkt og har gode erfaringer med et uformelt fora de har hver torsdag som de kaller *”fagkaffe”*, dette gir de ansatte nyttige diskusjoner og aha-opplevelser i vanskelige saker de må håndtere i hverdagen. Dette møtepunktet holder de på for som hun sier: *” Vi har ikke ressurser til å ha veilednings eller refleksjonsgrupper”*. Det er

heller ikke noen aktiv etisk komité ved sykehuset som de kan bruke til enkeltsaker. *”Etisk komité er ikke synlig i alle fall, har ikke sett eller hørt noe fra en slik komité på årevis”.*

På spørsmål om hun og de ansatte spiller på lag svarer hun:

”Jeg tror jeg tar imot mye fra de ansatte.

Intervjuer: Har du opplevd at de noen gang har gått forbi deg, og rapportert noe videre som de mener er kritikkverdig?

Ja, det har jeg opplevd noen ganger, ikke ofte. Men jeg prøver å gjøre det beste for både pasienter og de ansatte. Men noen ganger må jeg sette noen restriksjoner, og da kan vi trekke i ulike retninger. Men jeg opplever at de gjerne skriver avvik. Vi har en kultur for det nå.”

Det er mye som kan tyde på at Grete føler seg alene med utfordringene hun har som avdelingsleder av en stor sengepost. Som avdelingsleder gir hun uttrykk for at hun ikke greier å ha et systematisk forbedringsarbeid, og å følge opp saker på en så omfattende måte som ønskelig. Oppfølging av kvaliteten på sykepleietjenesten ved avdelingen blir tilfeldig, som eksempel nevner hun at hun tilfeldig så en sykepleier behandle utstyret hun tok med inn på et rom med smitte slik at det ikke kunne tas med ut igjen og brukes til andre pasienter. Hun tok opp saken der og da med sykepleieren. Hun sier videre at slike avvik er vanskelig å følge opp, hun kan ikke se alt. Hun føler hun skulle vært to personer, en som gjør kontor arbeid og en som er ute blant sykepleierne. De fleste sykepleierne mener hun er flinke, og tror at det er når det er mye stress rundt dem at feil skjer. I tillegg oppfatter hun en del som *”slappe, og ikke synes det er så farlig, Det er kanskje 10 % som ikke er så nøye”.*

Det kan synes som hun oppfatter sin rolle som en kontrollfunksjon som hun ikke rekker over.

4.9 Opplevelse av støtte i lederrollen, og behovet for å øke egen kompetanse

Hanne sier at øverste ledelse er opptatt av at de skal melde avvik, men at de i hovedsak er mer opptatt av at alt skal meldes enn å etterspørre hva de gjør med avvikene.

”Men jeg tror det er, det er litt sånn ny prosess på sykehuset dette med ledelsens gjennomgang, at vi blinker ut to ganger i året og faktisk må svare på en del punkter. Men det jeg også hørte er at rapporteringspunktene vi rapporterer på er i hovedsak funnet på av oss selv, ikke sant? For da rapporterer jo du bare det du vil. Men jeg opplevde vel at de punktene vi hadde med opp var høyst aktuelle, og gode punkt å bli etterspurt på.” (Hanne)

Grete er kanskje den som sterkest opplever at ledelsen bare etterspør resultater og budsjettkontroll uten å bidra i prioriteringsspørsmålene som reises på bakgrunn av trange budsjettammer. Ledelsen over virker heller ikke interessert i arbeidsprosessene i forhold til å oppnå kvalitet og budsjettkontroll.

”Sjefene sier mål nr 1 er å holde budsjettet, og nr 2 er å holde budsjettet, og nr 3 er å holde budsjettet, hva skal vi gjøre da, det har de sagt i 2-3 år? De kan komme med fag og kvalitet til de blir blå, men uten midler går det ikke, de sier ikke hvordan vi skal nå det”. (Grete)

Noen avdelingsledere viser at de i beslutningsprosesser gjerne rådfører seg med sine overordna. Mari diskuterte bl.a. vanskelighetene hun opplever i forhold til den medarbeideren som melder så mange avvik med begrunnelse i for lav bemanning og inkompetanse hos vikarer. Mari signaliserer at hun får støtte fra ledelsen over i sitt syn på disse sakene. Flere trekker også fram at de rådfører seg gjerne med noen av medarbeiderne i avdelingen før de tar beslutninger. For eksempel om bemanningen er forsvarlig til helgen. Dette er både for å få opplysninger som gir innsikt før beslutningen, og for å ha en visshet om at de har støtte blant noen når avgjørelsen er tatt.

Når det gjelder muligheten de har for å utvikle seg i sin lederrolle og hva de evt føler de mangler av kompetanse er det noen ulikheter. Mari nevner for eksempel om et behov for å øke sin kompetanse innen prosjektledelse. Samtidig forteller hun om lederskolen som er etablert på sykehuset som vektlegger hvordan de kan utvikle seg i sitt daglige arbeid som ledere. Det samme opplever for eksempel Vilde som er tilknyttet en veiledningsgruppe for ledere ved sykehuset. Ellers er det alle som har jevnlig møter i ledergrupper som går på tvers av avdelinger og profesjonsgrupper.

Guro er også bevisst sin lederrolle i forhold til å stå i spennet mellom fag og drift. Hun sier at hun må kunne faget, men kan ikke være den som er best på fag i avdelingen, hun må også utvikle seg som leder. Å delta på ledersamlinger og tverrfaglige lederkurs gir henne stort utbytte i forhold til å takle lederutfordringene. *”Tverrfaglig er et bevisst valg for å få et bredere perspektiv. Vi kan da få stilt spørsmål ved en del ting som vi ikke ser selv.”* Å ta på seg ekstravakter er uaktuelt for henne fordi hun da blir for sliten til å kunne være aktiv i forhold å inspirere og drive utviklingsarbeid. Grete derimot opplever at hun stadig må ta på seg ekstravakter når hun ikke får tak i nok folk.

4.10 Avdelingslederens emosjonelle ubehag i avvikshåndteringen.

Avvikshåndtering handler om mer enn system og rutiner. Det kommer både direkte og indirekte fram at ledere også berøres emosjonelt av å være mottakere av alle avviksmeldinger i avdelingen. Verbalt uttrykte alle at det var en underrapportering, og at de ønsket å få inn meldinger om det som skjedde av kritikkverdig praksis, men en av informantene sa det slik:

”at vi intellektuelt ønsker oss varslere, men så er det noe i oss sjøl, at vi møter noe i oss som ledere fordi vi har et ansvar for at det skal vær i orden. Så det kan indirekte også oppfattes som en kritikk av oss” ... ”og at vi ubevisst kan sende ut signaler om at det her var ikke bra”. (Kari)

En annen informant, Mari, gir uttrykk for at det kan skape frustrasjon og irritasjon når noen melder for ofte. Hun opplevde en ansatt som en belastning fordi hun ofte meldte fra om forhold som gjaldt bemanning og kompetanse og at mange oppgaver ikke var utført etter planen. Som leder var hun heller ikke enig i at alt det hun meldte var avvik. Jeg fulgte derfor opp med spørsmål om hvordan dette berørte henne som leder og fikk et innblikk i ulike virkelighetsoppfatninger for leder og ansatt.

”Intervjuer: Hva gjør det med deg å motta slike meldinger? – spesielt i forhold til henne, er hun en ressurs for deg eller?”

Det er vanskelig, - hun skal slutte, og hvis jeg skal være ærlig så, ja, og det er det ikke bare jeg som synes, - så synes jeg det er godt.

Jeg ser at ok, nå er det kommet inn en avviksmelding fra henne og jeg tenker åhhh, hva er det nå. For jeg synes kanskje at hun melder, ja, det er veldig mye på meldingene som kanskje ikke skulle vært meldt. Jeg har diskutert det litt med både oversykepleier og avdelingssjef, og ... (leter etter måter å si dette på)

Ja, og hun er vel en av de som ikke er så enkle å snakke med. Og hun opplever nok også dette med meg også at jeg ikke er lett å snakke med.

Ja, og ...hun er også verneombud og tillitsvalgt nå, og føler vel et ekstra press for å si ifra om det som gjelder arbeidsmiljøet og sånt vil jeg tro”. (Mari)

Jeg oppfatter her en ansatt med ulike roller som prøver å gjøre det som forventes av henne i de rollene. I stedet for å vær en ressurs for lederen så blir hun en belastning. Avdelingslederen her uttrykker en uenighet i sak, men viser også at følelsesmessige reaksjoner hindrer henne i å se saken fra den ansattes synsvinkel og dialogen dem i mellom blir vanskelig.

Å oppleve avviksmeldinger som ansattes ønske om å straffe lederen sin kommer til uttrykk hos to informanter. Den ene informanten, Grete, gir også uttrykk for en opplevelse av utilstrekkelighet og avmaktsfølelse når avvik blir påpekt.

”Utfordring å følge opp avvik. Ta imot, snakke med den det gjelder og følge opp med tilbakemelding, for å få læringsbiten. Det er ikke fordi jeg ikke vil eller kan, men jeg greier det ikke.

Mange ting av det vi ikke har er ikke fordi vi ikke har tenkt på det, men vi har ikke hatt tid eller ressurser. Vi tenker at det der skulle vi ha hatt eller gjort, men det strekker ikke til.

Det er vanskelig i forhold til de som tildeler oss ressurser men som ikke er her og ser hvordan vi har det. De har krav om at vi skal bli en lærende organisasjoner, om å ha

kvalitetssystem, ha dokumentasjon, det er krav, krav, krav og så er pasientene oppmuntret til å klage, men får vi ressurser? Aldri, ikke...” (Grete)

I møte med de ansatte som rapporterer inn avvik føler hun seg liten, og uttaler ” *Det er ikke lett, noen er jo også så inderlig veltalende og, så en føler seg som en sånn liten lort i kroken som ikke klarer å leve opp til sånt*”. (Grete)

En avdelingsleder, Brita, sier hun får reaksjoner fra de ansatte om at hun ikke skjønner det de står oppe i, og at de ikke kan gjøre det hun ber dem om å gjøre. Å bli møtt med at du ikke forstår hva dette dreier seg om kan være en utfordring for en leder. De ansatte kan i mangel av bedre måter å argumentere i mot sin leders krav og forventninger lett gripe til slike uttalelser og dermed sette lederens faglige autoritet på sidelinjen.. Denne lederen var trygg i sin rolle, og gikk i dialog med sine medarbeidere for at de skulle forstå hvorfor de måtte gjøre endringer slik hun uttrykke det her:

”Det nytter ikke å bare se en person oppe i det her. Og der kommer jo utfordringene. Det hemmer dialogen når noen sier at dette klarer jeg, jeg kan ta ansvar for dette her, og ... så er det å bryte dette da og si at sånn kan du ikke gjøre det, du må tanke på de andre medarbeiderne også”. (Brita)

Hun får gjennom denne uttalelsen også fram den utfordringen det er for henne som leder at det også kan være manglende lojalitet mellom de ansatte.

Når de ansatte i Hannes avdeling ble oppfordret til å ta med seg situasjoner/case fra egen avdeling til et etikkseminar kom det fram hendelser som både sjokkerte og gjorde henne sint. Hun hadde ikke ant at det var slike forhold i avdelingen hun var avdelingsleder for. De som klagene gikk på hadde hun heller ikke direkte personalansvar for.

”Når jeg fikk de, når jeg fikk se de sakene som kom opp i forkant så var jeg helt sjokkert. Og det var jo fordi jeg faktisk trodde jeg visste hva som skjedde i min avdeling, og så får jeg en sånn aha opplevelse, at det gjør jeg jo ikke.

Jeg ba om å få se casene før seminaret, ... to av dem var graverende, så graverende at jeg ble sint. Ikke sint på de andre men sint på saken, og tenkte at ”kjære, sånn kan vi ikke ha det”. Og da jeg fikk høre at saken ikke var enestående så ble det enda verre. ” (Hanne)

Denne informanten var opptatt av at sinne kan føre til handlinger som i blant kan være lite gjennomtenkt og forsterke et problem. Skal endringen komme innenfra og være varig må en kunne holde igjen det emosjonelle og handle mer rasjonelt og strategisk.

”Så det jeg hadde mest lyst til var å ta med meg alle casene og så løpe bort og virkelig slå noen i hodet og si at du aldri får lov til å være på vår avdeling mer hvis du ikke oppfører deg, - det er det man har lyst til, og så har man nesten lyst til å melde det til politiet. Men det vil ikke føre til noe. Du får en hel masse bråk, og så får man en hel

masse stengte dører. Så fokus på det, betyr å snakke om det, og snakke om det i alle sammenhenger som er naturlige, og så vil jeg gjerne ha, på en måte et sånt vedtak bak meg som sier at "vi har blitt enige om at sånn skal det være i denne klinikken".
(Hanne)

I dette tilfellet virket den sterke emosjonelle reaksjonen positivt i forhold til at den førte til handling, og et ønske om å rette på forholdene. Å sette i gang endringer i holdninger og kultur i en avdeling er arbeidskrevende og langsiktig arbeid der følelsesmessig engasjement er en drivkraft.

I andre tilfeller fører alle avviksmeldingene om misforhold mellom oppgaver og ressurser til engstelse for framtida. *"Det er byråkratisk dette, vi har mista tre og en halv stilling det siste året. Antall senger skulle ned, men det har ikke skjedd i praksis. Jeg er engstelig for hvordan det skal gå."* (Grete)

Som avdelingsleder må en ofte konfrontere den som er årsaken til at det er meldt fra om kritikkverdige forhold. En som hadde opplevd å føre en tung personal sak på bakgrunn av flere meldinger opplevde også kraftig kritikk fra den saken gjaldt, noen som fører til at en blir veldig selvransakende.

"I alle fall så fikk jeg en del kritikk av at jeg ikke gikk fram på en rett måte, at jeg ikke var profesjonell nok fra den personen som fik klagen. Det er ikke enkelt.

Intervjuer: Var du leder også for den personen?

Ja. Og det er jo tøft å få slike tilbakemeldinger, men en kan alltid bli bedre på ting."
(Edel)

5.0 TA IMOT OG HÅNTERE MELDINGER OM KRITIKKVERDIG PRAKSIS

Erfaringene deltagerne i denne studien har formidlet er omfattende, og kan gi mye nyttig kunnskap om utfordringene på dette ledernivået. I dette kapittelet er det egne erfaringer og opplevelser rundt avvikshåndteringen som blir belyst, mens de to neste hovedkapitlene fokuserer på ledelsen de utøver og kulturelle mønster i avdelingen de leder.

Avdelingslederne som ble intervjuet formidlet både direkte og indirekte at å ta imot meldinger om kritikkverdige forhold var både emosjonelt og intellektuelt utfordrende å takle. De fleste ga også uttrykk for en forståelse for at deres håndtering av slike saker hadde innvirkning på meldekulturen i avdelingen.

Vi har de siste årene fått stadig bedre og enklere meldesystem, og lovverket viser til både en rett og en plikt til å melde i fra. Helsepersonellet er forpliktet juridisk i følge helsepersonelloven og moralsk i følge yrkesetiske retningslinjer til å yte en faglig forsvarlig tjeneste. Hvis de er kjent med at tjenesten ikke er forsvarlig skal de også melde fra om det. Arbeidsmiljøloven blitt revidert med et sterkere vern mot sanksjoner av de som sier i fra om kritikkverdige forhold.

Systemer og strukturer er viktige når nye kvalitetssikringssystemer skal innføres, men det er også avgjørende for varige endringer at systemene når inn og berører kulturen på det enkelte arbeidssted. Kultur oversettes ofte med ”slik vi gjør det her”. Kulturen skapes og endres gjennom samhandling og dialog. Det er derfor viktig at strukturer og rutiner bidrar til å skape rom for samhandling og dialog, og ikke oppfattes som et mål i seg selv.

I den videre drøftingen er jeg opptatt av å belyse avdelingsledernes erfaringer i møte med medarbeidere som melder fra om kritikkverdige forhold. Selv om medarbeiderne melder fra innenfor de rutiner og strukturer som er etablert for det formålet så er det viktig å også fokusere på dialogen og samhandlingen som skjer i slike saker. *”Det er mottaket som er avgjørende, for det å si i fra det kan vi gjøre..” (Hanne)*

5.1 *”Min rolle er egentlig nifst viktig”*

Guro er en av flere som har erfart at de som avdelingsledere har innvirkning på hvor vidt de ansatte melder fra om egne eller andres feil. *”Jeg tenker at min rolle er egentlig nifst viktig...”*

Det er mitt ansvar, når jeg minner folk på det(å melde fra) så øker det på, og så flater det ut etter hvert. Det viser hvor viktig lederrollen er i sånne ting.” Ni av de ti deltagere i studien sier at de verbalt oppfordrer de ansatte om å melde fra om kritikkverdige forhold, og de erfarer at antall meldinger øker når de setter fokus på avvik i avdelingen.

Rutinene for å melde fra om kritikkverdige forhold og rutiner for behandling av slike meldinger kan variere litt fra sykehus til sykehus, men felles for alle sykehus jeg har vært i kontakt med er at det er avdelingslederen, det laveste ledernivået med drift- og fagansvar som mottar meldingene i første omgang. De er også ansvarlig for at saken går videre til de riktige instanser, og å følge opp evt. tiltak innen sin avdeling når avviket blir lukket. Det kan synes som at avdelingslederen gjennom denne funksjonen har stor innvirkning på hvordan ytringskulturen i avdelingen formes og vedlikeholdes.

Alle var også kjent med rapportene som dokumenterer underrapportering av kritikkverdige hendelser i helsetjenesten, og at helsemyndighetene forventer at de som ledere skal bidra til å etablere en kultur som er preget av kvalitet og kontinuerlig forbedring. I veilederen som KS har utarbeidet for kommunesektoren oppfordres de til å etablere en åpen ytringskultur ”..*hvor ledere møter kritikk og andre ytringer på en konstruktiv måte, og hvor ledere anerkjenner og drøfter etiske dilemmaer med sine medarbeidere.*” (KS 2007, s 20).

Som ledere har de et ansvar for kvaliteten på avdelingen, og skal gjennom ledelse og tilrettelegging sørge for at pasienter og pårørende opplever en god helsetjeneste. Hvordan oppleves det da å skulle håndtere meldinger om kritikkverdig praksis, om medarbeidere som gjør feil eller oppfører seg dårlig? Eller å skulle motta avviksmeldinger fra medarbeidere som ønsker å tilby en bedre tjeneste enn det de som avdelingsledere mener de økonomiske rammene tillater?

5.2 *”Intellektuelt så ønsker vi oss varslere, men så er det noe i oss selv...”*

Det kan oppleves som et paradoks å ønske at alt skal være bra i egen avdeling samtidig som en skal arbeide for å avdekke og skape en åpenhet rundt all kritikkverdig praksis. Som Kari uttrykker det:

”at vi intellektuelt ønsker oss varslere, men så er det noe i oss sjøl, at vi møter noe i oss som ledere fordi vi har et ansvar for at det skal vær i orden. Så det kan indirekte også oppfattes som en kritikk av oss” ... ”og at vi ubevisst kan sende ut signaler om at det her var ikke bra”. (Kari)

Det er klart at vi alle sender ut ubevisste signaler når det er noe vi ikke liker. De ulike følelsene og reaksjonene som vekkes hos den som skal ta i mot og håndtere slike meldinger vil klart kunne påvirke meldekulturen i en avdeling. Jeg tror derfor det er viktig at avdelingslederne som har denne oppgaven blir bevisst på egne reaksjoner slik at de likevel kan møte melderne med en konstruktiv og åpen dialog.

Som ledere er de pålagt å etterspørre avvikene, og det kan være en fare at de skaper for stort fokus rundt alt som går galt, eller kan gå galt. Jeg tror at det lett kan skape en misstemning og følelse av mislykkethet i en avdeling. Alle, både den som arbeider som profesjonsutøver og ledere, har behov for å kjenne seg stolt av sin arbeidsplass. Å mestre jobben sin i forhold til de krav som stilles tror jeg også er en viktig faktor for jobbtilfredshet. Utfordringen blir derfor å håndtere meldinger om kritikkverdig praksis på en slik måte at det oppleves positivt og konstruktivt å fokusere på dårlig praksis og på risikoområder hvor det er fare for at avvik kan forekomme.

5.2.1 Vise tillit til profesjonsutøvernes faglige og etiske skjønn

For å finne fram til hvordan fokuset på avviksmeldinger kan gjøres positivt og konstruktivt har jeg sett på hva avdelingslederen var opptatt av i forhold til hvordan de skulle få fram kritikkverdig praksis og hva de ville gjøre med det. Kari, for eksempel, legger vekt på tilliten en som leder må ha til den enkelte profesjonsutøvers faglige skjønn. Hun sier bl.a.

”- faglig forsvarlighet er også avhengig av et klinisk skjønn og en dømmekraft som den enkelte er nødt til å utøve. Og jeg som sitter her kan ikke overprøve det hvis en sykepleier med sin dømmekraft sier at det og det må være tilstede her” (Kari)

Kari signaliserer her en åpenhet og en tillit til medarbeidernes faglige vurderinger. Dette betyr sikkert ikke at Kari alltid er enig med den enkelte sykepleiers vurderinger, men det signaliserer at hun har tro på den enkeltes vilje og evne til å gjøre faglige og etiske forsvarlige vurderinger. Jeg tror at profesjonsutøvere som opplever slike holdninger fra sin nærmeste leder også blir stimulert til å ta ansvar både til å selv yte god omsorg og pleie og til å si ifra når de opplever uforsvarlig praksis. Også Brita som gjennomførte en større omstillingsprosess i sin avdeling, omtaler sine medarbeidere som en fantastisk gruppe. Dette til tross for at hun måtte jobbe mye med motstanden flere av medarbeiderne kom med i forbindelse med omorganiseringen. *”Det en fantastisk gruppe jeg har. Jeg er utrolig stolt skal jeg si deg....Jeg hører jo på mine ansatte, for de er jo min ressurs”.*(Brita). Jeg er overbevist om at holdningene til medarbeiderne som preger lederen har stor betydning for hvorvidt den enkelte har mot til å ta opp de vanskelige sakene, og også hvorvidt de som enkeltpersoner og gruppe klarer å ta innover seg kritikk og forventning om forbedringer.

Hanne var også åpen og viste tillit til sine ansattes dømmekraft når hun sa de måtte komme til henne med alt de opplevde som kritikkverdig, så kunne de heller i fellesskap si ut hva de skulle gå videre med. Hun åpnet også for at hun selv var den som formaliserte meldingen videre hvis noen var redd for sanksjoner fra kollegaer det måtte angå. Hanne hadde en oppfatning av at enkelte ved hennes avdeling oppfattet slike meldinger som angiveri, det samme hadde Brita hørt i sin avdeling. Edel på sin side opplevde at når det som ble meldt inn kritikkverdig praksis hos en kollega eller andre profesjonsgrupper, så ble det stilt spørsmål ved melderens faglige vurderingsevne. Slike reaksjoner kan oppleves belastende for den som ser noe som bør rapporteres, og lederens støtte og tillit vil derfor kunne være avgjørende for om den ansatte våger å melde fra.

Å våge handler om *”å gjøre valg i spenningsfeltet mellom trygghet og vekst”* (Irgens 2007:65). Den som sier i fra vet ikke hvordan utfallet blir. Tryggestad og Skivenes (2006) sin forskning på varslere og ikke-varslere viser at den som ”vet noe” uansett kan oppleve det belastende i ettertid enten en sier i fra eller ikke. Langtidseffektene av å varsle eller ikke varsle er ikke helt sammenfallende, men poenget er at det å ikke handle ut i fra sin faglige overbevisning kan også smerte. Jeg tror derfor det har stor betydning å oppleve lederen sin som støttende når en ønsker å diskutere om en har vurdert en situasjon riktig før en melder i fra formelt.

Motsatsen til å møte sine medarbeidere med åpenhet og tillit er når lederen ønsker å avdekke og behandle avvik gjennom kontroll og korrigering. Det kan oppleves nedbrytende og ikke konstruktivt i forbedringsprosessen. Grete som er den som tydeligst opplever arbeidssituasjonen sin som kompleks og uoverkommelig, viser at hun først og fremst tenker på kontroll og korrigering i forhold til sine medarbeidere. Hun ga et eksempel der hun tilfeldigvis så en sykepleier håndtere noe utstyr inne på et rom med smitte på en slik måte at det ikke kunne tas ut igjen og brukes på andre pasienter uten omfattende desinfeksjon. Sykepleieren ble straks konfrontert med feilen hun hadde gjort, og ble korrigert der og da. Grete sa at oppfølgingen av medarbeiderne blir for tilfeldig, og at hun gjerne skulle hatt tid til å komme seg ut mer av kontoret og være mer i avdelingen for å følge opp slike ting.

Når en først opplever arbeidssituasjonen sin som leder som en brannslukningsfunksjon uten mulighet til langsiktig strategisk utviklingsarbeid så kan det være nærliggende å ville gå inn og rette på alle forhold selv. Dette tror jeg kan oppfattes som belastende for medarbeiderne. De blir tatt på ”fersken” i å gjøre feil, og blir irettesatt der og da. Grete nevnte også under samtalen at hun ikke følte hun lyktes med internundervisningen fordi så få møtte opp.

Veiledningsgruppene hadde de avvirket for noen år siden fordi få opplevde dem som nyttige. Dette viser en motsats til Hanne som var opptatt av å jobbe langsiktig og prosessuelt med medarbeiderne sine for å oppnå en bedring i helsetjenesten ved avdelingen.

”Hvis du lykkes med det så får du en avdeling som hele tiden er dynamisk og de oppdrar hverandre i hvordan vi vil ha det, men du er nødt for å skape en endring først og så vedlikeholde den.” (Hanne)

Hanne utnytter her medarbeidernes evne og vilje til å bidra til å holde en høy kvalitet på helsetjenestene de yter. Hvorvidt det er mulig å spille på sine medarbeidere i den grad Hanne legger opp til avhenger også av personalgruppen en leder. Hanne var leder for en mindre og mer homogen gruppe av sykepleiere og spesialsykepleiere enn det Grete hadde. Grete opplevde i tillegg mindre kontinuitet og stadig nye vikarer i sin gruppe. Hun opplevde personalgruppen sin veldig sammensatt med noen dyktige sykepleiere som virkelig ville bidra, og som hun sa *”ca 10 % er slappe og tar det ikke så nøye”*. Det er derfor ikke bare lederegenskaper og kunnskaper hos lederen som avgjør hva en kan oppnå i en endringsprosess selv om jeg i senere kapitler tillegger lederens kompetanse og ferdigheter stor betydning i endringsprosesser.

En annen viktig faktor for å gjøre mottaket og håndteringen av kritikkverdig praksis mindre motsetningsfylt er å unngå for mye fokus på enkeltindivider og skylddeling. I noen tilfeller er det saker som klart handler om enkeltpersoner, og saken må da i tillegg behandles som en personalsak. Gjennom å involvere hele avdelingen i forbedringsarbeidet i forbindelse med avvikshåndteringen kan en leder vise at det viktigste ikke er hvem som har gjort noe galt, eller hvorfor det kunne skje, men at målet er å forbedre praksis og forebygge at det skjer igjen. Kartleggingen av hendelsen og årsakssammenhengen er bare et steg på veien mot forbedret praksis. Sidney Dekker (2002) som arbeider mye med pasientsikkerhetsspørsmål, sier at årsakene ikke er noe man finner, men noe man konstruerer. Vi kan derfor ikke være sikre på at vi har full oversikt over årsakssammenhengene, og må derfor også være åpne for å hele tiden vurdere og evaluere alle nye tiltak slik Demings sirkel for kvalitetsutvikling beskriver det.

5.2.2 Refleksjon over egen praksis

Hanne, Vilde og Guro la vekt på at de mente medarbeiderne deres var så erfarne og reflekterte at de også ville takle å få stilt kritiske spørsmål ved sin egen praksis. Når de nå over lengre tid hadde hatt fokus på at alle avvik skulle meldes så erfarte de at åpenheten rundt hva som ikke var god praksis også førte til at andre profesjonsgrupper så kritisk på deres arbeid og meldte fra om det de mente var kritikkverdig i sykepleietjenesten. Og som Hanne uttrykker det *”det må vi tåle, og den kommer til å bli vanskelig, for det er de ikke vant til.”* Et fellestrekk for disse

avdelingslederne var at de gjennom å oppfordre til å melde alle avvik var bevisste på å lage rom for at de samlet og gruppevis også kunne reflektere over egen praksis. Spesielt Hanne trakk fram refleksjon over egen praksis som en bieffekt av fokuset på å melde fra om kritikkverdig praksis. Ved å utvikle en bevissthet rundt hva som er god praksis og hva som ikke er det, tror jeg at de klarer å bruke det negative fokuset som ligger i å etterspørre avvik til noe som er konstruktivt.

Jeg tror også det oppfattes som positivt hvis lederen ikke er opptatt av bare hvem som gjorde feil, men heller fokuserer på hva det var som kunne føre til at en av medarbeiderne vurderte eller handlet feil i den gitte situasjonen. Dette kaller Argyris (1990) dobbelkretslæring, dvs. en ser på forutsetningene for at en handling ikke gir et ønska resultat og ikke bare retter på selve handlingen.

5.2.3 Misforhold mellom oppgaver og ressurser, en etisk utfordring

Å takle misforhold mellom oppgaver og ressurser i møte med sine medarbeidere i avdelingen er en annen utfordring for lederne. Ofte er det ikke vilje og kunnskaper om hva som er god praksis det står på, men at rammebetingelser som økonomi og tilgjengelig kompetanse ikke tillater en optimal pleie og omsorg til en hver tid. Flere av avdelingslederne opplever et sprik mellom det de mener er forsvarlig og god praksis og det nivået medarbeiderne ønsker. Spesielt Grete opplevde dette spriket sterkt.

”vi må skrive ned hva som er nok, noen mener det trengs mer, Men den standarden er uoppnåelig med de helsebudsjettene vi har.

Jeg kan si til dem at sånn kan vi ha det av og til, men at vi ikke klarer det hele tiden, vi har ikke budsjetter til det.

Ja, og kravene kommer ovenfra, og nedenfra. Pasientene forventer noe, da er det ikke lett å si at det der har vi ikke råd til.” (Grete)

Hvis de som avdelingsledere ikke oppnår en god dialog med medarbeiderne i avdelingen vil de lett havne i en konfliktsituasjon der de selv argumenterer med kostnadsrammer når sykepleierne argumentere ut i fra et etisk perspektiv i pasientomsorgen. Mari har erfart dette, og sier at hun opplever å komme i en forsvarposisjon som hemmer dialogen om gode løsninger innenfor de økonomiske rammene.

Jeg oppfatter at Mari selv ser noe av årsaken til at hun ender opp med å forsvare seg overfor de ansatte når hun senere i intervjuet sier at sykepleierne kan fokusere på sin pasient eller sin gruppe, mens hun som leder må se helheten i avdelingen. Her ser vi hvordan sykepleiernes etiske fundament er forankret i omsorgsetikken, der møtet med den ene kjennetegnes av

respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleiens grunnlag er barmhjertighet, omsorg og respekt samtidig som profesjonsutøvelsen skal være kunnskapsbasert. (Yrkesetiske retningslinjer 2007). Fokuset legges mye på møtet med den ene. Marie Åkre som er leder for Rådet for sykepleieetikk, uttalte i et innlegg på sykepleierkongressen 2008 følgende om møtet mellom sykepleier og pasient: ”- *Jeg ser at DU trenger meg. Det er DU og JEG og VI TO, i hvert eneste møte. Dette samværet kan ikke planlegges før det skjer. Dialogen er kunsten.*”
(<http://www.sykepleierforbundet.no/article.php?articleID=20846&categoryID=1477>)

Jeg er for så vidt enig med Aakre i dette, her er noe av kjernen i sykepleien. Kari Martinsen(2005) definerer omsorgsbegrepet som relasjonelt, praktisk og moralsk, der det moralske aspektet er overordnet. I følge Nortvedt fører dette til at profesjonsetikken for sykepleierne først og fremst må være forankret i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten (Christoffersen 2005). Men dette kan skape problem hvis ikke sykepleierne samtidig ser på helhetsbildet i helsetjenesten, og oppøver seg en organisatorisk kompetanse dvs. en organisasjonskompetanse som handler om å forstå sin plass som profesjonsutøver i en organisasjon, og organiseringskompetanse som kjennetegnes av en handlingskompetanse i forhold til å kunne organisere eget og andres arbeid. (Orvik 2004).

En som er kritisk til individualiseringen i sykepleieetikken er Nina Olsvold, sykepleier og sosiolog. De yrkesetiske retningslinjene framstår i følge Olsvold(2003) som idylliserende, individualistiske og lite realistiske. Svakheten er vektleggingen av en helhetlig omsorg uten at det blir satt i sammenheng med organisatoriske rammer. Profesjonens egne moralske krav kan komme i konflikt med arbeidsstedets forventninger til effektivitet og produktivitet. Olsvold etterlyser en større debatt rundt organisasjonene som moralske aktører, at det også handler om hvordan det legges til rette for at den enkelte profesjonsutøver skal ha en reell mulighet til å etterleve sin profesjonsetiske standard.

Av informantene er det bare Kari som vektlegger at det er den enkelte sykepleier som står i situasjonen som kan avgjøre hva som trengs i situasjonen, og at en leder som ikke står i situasjonen ikke kan overprøve det. Det er for så vidt rett at det er den som er i situasjonen som best kan forstå hva den andre trenger, det er derfor viktig at meningene til de profesjonsutøvende nærmest pasienten blir lyttet til. En slik forståelse kan også føre til at sykepleieren og andre helsearbeidere blir de som bærer ansvaret for å gi den enkelte pasient og pårørende en god behandling og pleie. Flere sykepleiere strekker seg dermed lengre enn det de har fått ressurser til. Min egen erfaring fra tiden som sykepleier er at noen sykepleiere derfor

kutter ut sin egen spisepause, og går overtid uten å skrive det ned noe sted slik at de til tross for redusert bemanning kan ”oppfylle” kravet om å yte en kunnskapsbasert sykepleie som preges av barmhjertighet, omsorg og respekt (Yrkesetiske retningslinjer 2007). Jeg mener at hva som er god kvalitet og hva det kreves av ressurser må også ledernivåene fra avdelingsleder og helt opp til bevilgende myndigheter bidra til å klargjøre og ta ansvar for.

5.2.4 Utfordre styringssignalene ovenfra som sier: ”det er pengene som teller”

En av deltagerne i studien, Guro, opplevde at toppledelsen er mye klarere når de formidler de økonomiske kravene til driften enn når de formidler kvalitetsnivået som skal være på tjenestene. Jeg mener at måloppnåelse er viktig, men skal vi sikre oss at verdigrunnlag og yrkesetiske retningslinjer følges må målene også gjenspeile innholdet i disse. I dag er de økonomiske målene veldig synlige gjennom finansieringssystem og rammeoverføringer. Hva som er god praksis blir derfor ofte definert ut i fra hvilken standard budsjettene tillater. Guro tok opp konflikten med at de er pålagt å styre avdelingen innenfor gitte rammer både økonomisk og kvalitetsmessig. Hun opplever at kvalitetskravene er uklare, og at de har mindre gjennomslagskraft enn de økonomiske kravene. Hennes erfaring med arbeidstilsynets ”God vakt” kampanje som dokumenterte et misforhold mellom oppgaver og ressurser er at det er økonomien som avgjør om det blir gjort noe.

”Når toppledelsen får pålegg om å gjøre noe med det så viser det seg at det er pengene som teller, slike funn blir ofte lagt til sides.” (Guro)

Også en annen deltager, Grete, opplevde de økonomiske kravene som sterkere enn kvalitetskravene uten at hun får noen innspill på hvordan de skal harmoneres.

”vi har ikke hatt tid eller ressurser. Vi tenker at det der skulle vi ha hatt eller gjort, men det strekker ikke til.

Det er vanskelig i forhold til de som tildeler oss ressurser men som ikke er her og ser hvordan vi har det. De har krav om at vi skal bli en lærende organisasjoner, om å ha kvalitetssystem, ha dokumentasjon, det er krav, krav, krav og så er pasientene oppmuntret til å klage, men får vi ressurser? Aldri, ikke...” (Grete)

Gretes avdeling har fått redusert bemanningen siste året med 3,5 stillinger. Planen var at antall senger skulle reduseres tilsvarende, men det har i praksis ikke skjedd.

Det jeg ser som den største utfordringen for avdelingslederne er å klare å skille mellom når de bør korrigere sine ansatte til å akseptere det tjenestetilbudet som de økonomiske rammene tillater, og når de klart må utfordre styringssignalene de får ovenfra fordi de ikke er forenlige med den kvaliteten som skal være på tjenesten ut fra lovverk, yrkesetiske retningslinjer og institusjonens verdigrunnlag. Det er mye som tyder på at de ser dette misforholdet mellom

kvalitetskrav og ressurser, men at det er vanskelig å utfordre toppledelse og politiske føringer på en måte som når fram.

Hvis en avdelingsleder skal effektivisere avdelingen for å tilpasse seg et lavere budsjett krever det at en som leder ser mulighetene uten å redusere kvaliteten, og samtidig klare å få medarbeiderne med seg i en slik prosess. Blant de avdelingslederne jeg intervjuet i denne studien er der eksempler på de som har evne og kompetanse til å initiere og lede slike prosesser noe jeg viser eksempler på i kapittel 6.

5.3 Utvikle en felles forståelse for hva som er faglig og etisk forsvarlig praksis.

Avdelingslederen står i spennet mellom å la den enkelte profesjonsutøver holde den etiske standarden de opplever som nødvendig i møte med den enkelte, og prinsippet om å fordele ressursene slik at flest mulig får hjelp. Det er i dette spennet diskusjonen om hva om er faglig og etisk forsvarlig behandling blir reell. Som avdelingsleder mener jeg en må kunne legge til rette for en slik diskusjon i avdelingen. Noen av de jeg intervjuet hadde i strukturerte møtepunkt behandlet temaet om hva som ligger i forsvarlighetsbegrepet. Vilde og Per forteller om korte møter med felles refleksjoner i forbindelse med vaktskifte, der konkrete dilemma fra avdelingen ble aktualisert. Hanne viser til at de har arrangert etikkseminar, og satt temaet på dagsorden i ulike fora ved klinikken, dvs. i både fagmøter og ledermøter. Kari på sin side, fortalte at direktøren hadde brukt uttrykket ”godt nok” og med det provosert flere av profesjonsutøverne fordi det stred imot den tenkningen som ligger til grunn for profesjonsetikken som bl.a. sykepleierne vektlegger. De krevde svar på hva vedkommende mente med ”godt nok”. Det førte til en nyttig fagdag der forsvarlighetsbegrepet både når det gjelder fag og etikk ble belyst. Ellers var det flere som nevnte at det var mange diskusjoner i avdelingen om dette, men at de ikke var formalisert med et mål om å utvikle en felles plattform. Strukturerte møtepunkt rundt et så vanskelig og omfattende tema som berører kultur og verdigrunnlag så sterkt mener jeg er helt nødvendig for å oppnå en felles forståelse. Det er en lederoppgave å initiere og lede en slik prosess noe jeg kommer tilbake til under kappitlet om lederen som normsender og verdiformidler.

Uten en felles forståelse av hva som er innenfor en faglig og etisk forsvarlig praksis kan det også oppstå uenighet om hva som er kritikkverdig praksis. Mari, for eksempel uttrykte at det er opp til den enkelte sykepleier å avgjøre hva som er et avvik eller ikke, samtidig som hun selv ikke mente at alt som ble rapportert inn var avvik. I de tilfellene hun mente det ikke var avvik tok hun det til etterretning, og det synes opplagt for meg at det preget måten hun

behandlet disse sakene og den som meldte fra om dette på. Hun gav selv uttrykk for irritasjon i forhold til en som ofte meldte slike saker, noe som hun selv erfarte var et dårlig utgangspunkt for en god dialog.

Å utvikle en felles plattform vil øke bevisstheten rundt det etiske ansvaret den enkelte og organisasjonen /arbeidsgiver har for en kvalitativ god helsetjeneste. Skal en lykkes med et slikt prosjekt må en forstå hvordan læring skjer, og hvordan den kan forankres i kulturen på arbeidssstedet og ikke bare i strategidokumenter og visjoner. Swart og Pye (2002) sin Trippel Helix modell for læring i organisasjoner forutsetter at en i felleskap tar utgangspunkt i den virkeligheten de står i. Hendelsene kan være hverdagssituasjoner alle kjenner seg igjen i eller ta utgangspunkt i kritikkverdige hendelser som har blitt kjent. Hendelsene fra den erfarte praksis må så danne utgangspunkt for en kreativ dialog der ulike perspektiv blir belyst. Deretter må det føre til en kollektiv endring i praksis.

Organisasjoner som ikke lykkes med å utvikle en felles plattform som er forankret i kulturen har kanskje bare vektlagt opplæring uten at den tar utgangspunkt i den situasjonen som oppleves i avdelingen. Dermed blir temaet distansert fra den virkeligheten en står i. Å ikke lykkes kan også ligge i at en ikke lar dialogen munne ut i en kollektiv forståelse av at nå endrer vi praksis. Mange vil i slike tilfelle fortsette som før når det har gått en stund. Manglende læring kan også skyldes at den kreative dialogen er mangelfull og involverer bare noen få slik at det ikke skapes noe "eierforhold" til verken problemstilling eller løsninger. Beer (2003) omtaler dette som å skape "commitment" og motivasjon i organisasjonen.

Flere av forfatterne jeg har referert til i det teoretiske perspektivet i dette prosjektet vektlegger at endringer og læring i organisasjonen må forankres i kulturen for å bli varig. I sin bok om organisasjoner vektlegger Irgens (2007) at kulturen i en organisasjon kan forstås som settet av normer og verdier som utvikler seg ved at menneskene som utgjør organisasjonen samhandler med hverandre og omgivelsene. De som deler en kulturforståelse har en lik virkelighetsoppfatning, og de oppfatter den som så sann at de tilstreber å overføre den til nye som kommer til. Aadland sier i sin bok om lederfilosofi at det er "*i samspelet mellom intensjon (verdi) og uttrykk (handling) at både leiaren og organisasjonen skapar seg sjølv.*" (2004:106).

Når avdelingslederne opplever det så motsetningsfylt å oppfordre til å melde fra om all kritikkverdig praksis, er det kanskje fordi de her opplever å skulle samstemme *intensjon (verdier) og uttrykk (handling)* både for seg selv og for organisasjonen.

5.3.1 Tverrfaglige utfordringer og brukermedvirkning

For å oppnå en felles verdiplattform i organisasjonen forutsetter det også involvering av andre profesjonsgrupper og samarbeidspartnere. Tenkningen om mikrosystem forutsetter at ulike profesjonsgrupper og personer fra ulike avdelinger kan enes om både resultatmål og kvalitetsmål på helsetjenesten til pasienten og pårørende som inngår i mikrosystemet. I tillegg må pasienten og pårørende også bli ansett som aktører på linje med de profesjonsutdannede. Dette er svært utfordrende fordi helsetjenesten tradisjonelt har vært oppbygd med en hierarkisk struktur og kommandolinjer (Plsek og Wilson 2001). Det har igjen gitt ulikheter mellom profesjonsgruppene både når det gjelder autonomi, status og kultur. Dette gir seg bl.a. utslag i at Hanne som er leder for sykepleietjenesten, er rystet over kritikkverdig praksis hos en lege samtidig som lederen for legetjenesten bagatelliserer hendelsene som Hanne videreformidler. Hanne gir gjennom dette eksempelet uttrykk for at de har en ulik virkelighetsoppfatning, og en ulik vektlegging av hva som er innenfor god praksis når det gjelder pasientbehandling. Hierarki og faggruppenes autoritet og autonomi i forhold til hverandre hindrer henne også i å ta direkte tak i saken.

Hanne er bevisst på at hun ikke har et personalansvar for legen som hun fikk vite opptrådte kritikkverdig gjentatte ganger, men siden de er en del av samme mikrosystemet følte hun seg forpliktet til å gjøre noe. Hun mener pasientene oppfatter alle de hvitkleddes som en gruppe, enten de nå tilhører legetjenesten, sykepleietjenesten eller det merkantile personalet. Hun gikk derfor videre med saken til lederen for legetjenesten. Hun oppfatter det som nødvendig at en som leder er tydelig på hva som er god praksis og hva som ikke er det.

”skal vi endre kulturen i legegruppen så må vi ha med lederen deres. For hvis lederen er grunnleggende imot dette her og synes det er noe stort tull, så vil de andre gjemme seg bak det og si, at ja...” (Hanne)

Hva hun som kollega mente tror hun ikke vil ha samme gjennomslagskraft som lederens mening. Dette viser at det fortsatt er et hierarki der en som faglig leder innenfor samme profesjon har større makt til å definere hva som er god praksis enn alle andre aktører i og utenfor mikrosystemet.

Brita poengterte også at noen leger var flinke til å samarbeide med sykepleiere, mens andre opererte mer på egenhånd. I følge Brit var det hos de som ikke samarbeidet at avvikene skjedde. Dette tror jeg kan være en realitet fordi også Faugier og Woolnough (2002) vektlegger betydningen av å lytte til de som utgjør frontlinjen i helsetjenesten hvis en skal hindre kritikkverdig praksis. Det er de som er mye og tett på pasientene og pårørende som først får høre om bekymringer og uro for at noe ikke er som det skal. I helsetjenesten er det

dessverre slik at det ofte er de i frontlinjen som har lavest status og autonomi i sitt arbeidsforhold. I organisasjoner der hierarki og status står sterkt kan det derfor være en fare for at kritikkverdig praksis forbigås i stillhet fordi det oppleves som vanskelig å nå fram (ibid).

Skal mikrosystem tenkningen få gjennomslag innenfor norsk helsetjeneste tror jeg det må skje en endring i den lokale kulturen helt ned på avdelingsnivå. Det må skapes arenaer for felles fag- og etikkdiskusjoner, en må kjenne hverandres kompetanseområde og utfylle hverandre mer enn å konkurrere om oppgaver og posisjoner. Det var flere av avdelingslederne i studien som sa det var vanskelig å arrangere gode fellesarenaer for faglig utvikling. Det kan bl.a. skyldes ulike oppfatninger av hva de trenger å møtes om. Det tverrfaglige etikkseminaret som ble arrangert på Hannes avdeling samlet for eksempel bare sykepleiere selv om alle var invitert. Brita fortalte at legene på hennes poliklinikk prioriterer egne faglige seminar foran tverrfaglige møtepunkt i avdelingen. Det er vel behov for begge deler, men det er uheldig for samhandlingen hvis en profesjonsgruppe bare velger arenaer for sin egen faggruppe.

Når avdelingslederen fikk spørsmål om brukermedvirkning viser det seg at det er tilfeldig i hvor stor grad pasienten og deres pårørende blir sett på som en selvstendig og betydningsfull aktører i et mikrosystem. Viljen og ønske om å gjøre det beste for pasienter og pårørende var klart tilstede hos alle jeg snakket med, men jeg er forundret over den tilfeldige rollen brukerundersøkelsene hadde på dette nivået. I Helsedirektoratets satsing ”og bedre skal det bli” er det et mål å styrke brukeren gjennom å aktivt involvere den enkelte i sitt eget behandlingsopplegg, og i forbedringen av helsetjenesten generelt. Det er også et mål i denne strategien å videreutvikle og bruke metoder for systematisk innhenting av brukererfaringer. Prosjektet ”og bedre skal det bli” er derfor ikke godt nok utnyttet hvis dette bare har et fokus i de høyere nivåene innen sykehusene, og ikke på det nivået der pasienten faktisk møter helsetjenesten ”ansikt til ansikt”.

Hvis en ikke tror at andre i teamet, inkludert pasienten og pårørende, kan ha kunnskaper, erfaringer eller innsikter en selv ikke har så tror jeg ikke en oppnår en god samhandling mot et felles mål. God samhandling forutsetter også at en innser en har et kollektivt ansvar for å nå målene, og at en handler på vegne av alle i teamet når en utfører tjenester til pasienter og pårørende.

Tanken om å forstå behandlingsteamene som mikrosystem krever også en ny tenkning rundt ledelse og strukturer innen sykehusene. Ledelsen bør være involverende og utforskende. Christensen og Johannesen (2005) hevder en slik lederstil er en forutsetning hvis en forstår

helseorganisasjoner som komplekse system. Hanne innser nok noe av dette siden hun så aktivt går inn for samarbeid mellom profesjonsgruppene på flere nivå. Hun tror ikke på kommandolinjer, men en langsiktig strategi der ledere og profesjonsutøvere sammen må utvikle en felles forståelse. At lederen går foran i en slik prosess anser hun som en forutsetning for å lykkes.

5.4 Reaksjoner hos leder påvirker avvikshåndteringen og forholdet til melder

Arbeidet med avvikshåndtering og forbedring av praksis er motsetningsfylt også fordi det vekker reaksjoner og følelser hos avdelingslederen som kan hindre dem i å være distansert og konstruktiv i denne funksjonen. Hvis de opplever det belastende å ta i mot og initierer endringer på bakgrunn av avviksmeldinger vil de kunne signalisere til sine medarbeidere at meldinger om kritikkverdige forhold vil de ikke ha.

Hanne legger også vekt på at hun som leder må være tydelig på det hva som skal være det kvalitative nivået i avdelingen. Dette oppnår hun best gjennom å ta enkeltsakene alvorlig.

”så må de sakene som kommer opp bli tatt så alvorlig at man ser at her er det faktisk vi aksepterer ikke det nivået, vi skal ha et annet nivå. Og det er et lederansvar etter min mening.” (Hanne)

Følelser og reaksjoner deltagerne i denne studien satte ord på var irritasjon, sinne og avmaktsfølelse. Hvordan de taklet sine egne reaksjoner var svært ulikt.

Hanne, som opplevde å bli både sjokkert og sint på de som ikke kan oppføre seg i forhold til pasientene, innså at hun ikke ville komme langt med å *”slå noen i hodet”* fordi hun da sikkert ville få *”noen dører i ansiktet”* og dermed hindre en konstruktiv forbedringsprosess. Hun fikk en drivkraft gjennom sinnet til å handle, men valgte mer strategiske og langsiktige løsninger. Dette vil sannsynligvis også føre til en mer grunnleggende endring av holdninger i avdelingen fordi hun ikke bare reagerte med å proklamere at slik vil vi ikke ha det her. Det kunne gitt en midlertidig bedring, men så lenge en ikke ser på forutsetningene for hvorfor slike holdninger og væremåter kunne få utvikle seg så vil problemet ligge der latent og dukke opp igjen på senere tidspunkt. Det er dette Argyris (1990) fremhever som dobbelkretslæring, dvs. at en ser på de styrende verdiene eller forutsetningene for at dette kunne skje, og ikke bare endrer selve handlingen.

Grete på sin side signaliserte mye avmaktsfølelse i forhold til sine medarbeidere til tross for at hun hadde vært leder i avdelingen i over ti år. Tegn på avmakten kommer gjennom utsagn om at hun føler hun tar imot mye fra de ansatte, og at hun opplever at de skriver avviksmeldinger

for å straffe henne. Hun har også erfaringer med at de har meldt sakene videre til ledernivået over henne når de ikke oppnår det de ønsker. På spørsmål om hva hun kan gjøre med dette henviser hun til at hun ikke har ressurser til å gjøre mer pga alt for stor arbeidsbelastning, og at ikke alle ansatte kan eller vil bidra til en forbedring. Jeg oppfatter situasjonen som at hun føler seg låst i den daglige driften, at hun driver brannslukning mer enn langsiktige forbedringsprosesser. Hun føler også på en avmektighet i dialogen med noen av sine medarbeidere når hun uttaler: ” *Det er ikke lett, noen er jo også så inderlig veltalende og, så en føler seg som en sånn liten lort i kroken som ikke klarer å leve opp til sånt*”.

Dette er en situasjon hun ikke har ansvaret for alene. Hun skal også ha ledere som støtter opp om henne i den jobben hun må gjøre. De må kunne etterspørre både kompetanse og initiativ fra henne, men de har også et ansvar for å legge til rette for at hun skal kunne utvikle sin kompetanse som leder etter at de har satt henne inn i denne posisjonen, og ikke minst gi henne tid og rom til å utøve både administrasjon og ledelse i avdelingen.

Sydney Dekker (2002) vektlegger at en i forbedringsarbeid ikke bare må være opptatt av om ansatte gjør uheldige vurderinger som fører til feil handlinger, men at fokus bør ligge på hvorfor de vurderte og handlet feil i gitte situasjoner. En må med andre ord se nærmere på faktorer i omgivelsene og systemet som kan innvirke på personens handlemåter. Dette må gjøres i tillegg til å se nærmere på personens hensikter, fokus, oppmerksomhet og kunnskaper i forhold til arbeidet vedkommende har utført på en kritikkverdig eller lite hensiktsmessig måte. Jeg tror en slik tilnærming til Gretes måte å lede avdelingen på kan føre til at hun får en mulighet til å løfte seg i rollen som leder hvis hun har motivasjon til det. En slik tilnærming vil etter min mening kunne vise at hun leder en kompleks avdeling, og at ledelsen over henne stiller krav om kvalitetsmål innenfor gitte rammer som hun opplever umulige uten at de bidrar til å finne løsninger. Påleggende Gretes avdeling får om nye dokumentasjonssystem og nye organisasjonsformer tar ingen hensyn til at de har en uforutsigbar arbeidssituasjon bl.a. fordi de ikke styrer antall pasienter som kommer inn. Graden av autonomi i forhold til oppgaver de må ta på seg oppleves liten, og styringssignalene ovenfra opplever hun som ensidig økonomiske.

”Sjefene sier mål nr 1 er å holde budsjettet, og nr 2 er å holde budsjettet, og nr 3 er å holde budsjettet, hva skal vi gjøre da, det har de sagt i 2-3 år? De kan komme med fag og kvalitet til de blir blå, men uten midler går det ikke, de sier ikke hvordan vi skal nå det”.

Det er i alle fall ikke tvil om at hun er engasjert og oppriktig interessert i at pasientene skulle få et godt tilbud. På spørsmål om hvor hennes lojalitet ligger svarer hun:

”Bruker å si at her kan jeg enten bli hengt fordi jeg bruker mye penger eller fordi at jeg gir for dårlig pasientbehandling. Jeg foretrekker å bli hengt fordi jeg bruker for mye penger..... For hengt blir jeg uansett.”

Å sette en leder, en medarbeider, i en sånn skvis mener jeg i er både uetisk og illojalt av de som har den øverste myndighet og arbeidsgiveransvar ved sykehuset.

5.5 Årsaker til underrapportering.

Når avdelingslederne snakket om sine erfaringer med ta i mot og behandle meldingene om kritikkverdig praksis kommer det også direkte og indirekte fram årsaker til underrapportering. Av årsaker de nevner er tidspress fordi det oppleves tidkrevende å skrive avviksmeldinger, i tillegg bekrefter også disse informantene i likhet med annen forskning at frykten for sanksjoner også holder noen igjen fra å melde fra. Sanksjonene kommer ikke nødvendigvis fra lederen. Det kan også være andre i kollegiet som har en autoritær holdning til praksis, og som med kommentarer og handlinger stopper alle former for diskusjon og refleksjon. Slike medarbeidere får andre til å tvile på sin egen dømmekraft. En av avdelingslederne, Hanne, nevner at hun har erfaringer med medarbeidere som har vært utsatt for negative reaksjoner fra kollegaer, og hun har forståelse for at de ikke vil ta opp tilsvarende saker senere. Dette kan handle om maktstrukturene i avdelingen, noe som jeg tar opp igjen under kapitlet om kulturelle handlingsmønster sin innvirkning på ytringskulturen. Det er spesielt tre årsaker jeg vil drøfte videre her.

5.5.1 Mangelfull dialog mellom leder og medarbeidere

Noe som tydelig kom fram er at hvis de ansatte opplever lederen som autoritær og vanskelig å snakke med så unnlater de å ta opp vanskelige saker. Det viser seg at de sakene som er vanskelige å melde er de som handler om andres oppførsel og holdninger overfor pasienter. *”Det at noen sa eller at noen gjorde blir holdt i det stille enda”* (Hanne). Hanne fikk kjenneskap til at pasienter ble møtt på en kritikkverdig måte av en lege i avdelingen. Dette hadde pågått lenge. Hun ble ikke gjort kjent med dette gjennom avvikssystemet, men gjennom å være i dialog med de ansatte. Også Edel opplevde å måtte gripe inn overfor en ansatt som det i lang tid hadde vært flere muntlige klager på. Kollegaene vegret seg for å skrive klager, men de tok opp saken med sine ledere flere ganger som igjen oppfordret dem til å dokumentere avvikene hos vedkommende medarbeider. Etter hvert ble dette dokumentert skriftlig, og ledelsen fulgte opp med en personalsak mot vedkommende. Dette viser at de tunge og alvorlige sakene forutsetter dialog mellom melder og leder før noe formaliseres i en skriftlig dokumentasjon på kritikkverdig praksis.

”om en leder åpner opp for ting så blir det liksom legalt å gjøre ting og si ting, men hvis en leder lukker og legger en list for hva som er tillatt, da kommer en ikke gjennom en barriere” (Vilde).

En viktig årsak til underrapportering kan derfor være mangelfull dialog mellom leder og medarbeidere. Alvorlige saker kan ikke tas opp i forbifarten i korridoren. Leder må derfor formidle muligheter for individuelle samtaler. Men den uformelle praten er også viktig, gjennom den kan en som leder formidle en trygghet i forhold til seg selv som person som gjør at medarbeidere våger å ta opp vanskelige saker. Dette er også det Faugier og Woolnough (2002) poengterer at hvis en ønsker å gjøre noe med kritikkverdig praksis må en lytte til de som arbeider i frontlinjen i forhold til mottakerne av helsetjenesten.

5.5.2 Lojaliteten til kollegaer er sterkere enn lojaliteten til pasientene

Vilde tar også opp problemstillingen med ansatte som ønsker å beskytte og forsvare kollegaene mer enn pasientene. Som kollegaer utvikler mange en forståelse og lojalitet til hverandre som gjør at de dekker over eller bagatelliserer kritikkverdig praksis. *"folk er veldig lojal, og vil ikke ha noe ufred i forhold til det, og derfor tier de om ting"* (Vilde). Noen ansatte ønsker å ta det opp med dem det gjelder framfor å melde det som avvik. Problemet da er at det ikke går inn i et systematisk forbedringsarbeid, og kan bli bagatellisert, noe som igjen kan føre til en risiko for pasientene. Vilde uttrykker situasjonen slik: *"For vi skåner ikke pasientene, vi skåner dem vi jobber i lag med"* (Vilde).

Kollegiale bindinger kan være sterke, og det kan være interessant å se på hva som gjør at lojaliteten til kollegaer kan være sterkere enn lojaliteten til pasientene. Strategier med å arbeide ut felles verdigrunnlag og en felles plattform kan gjøre at en som kollegium kommer nær hverandre, og utvikler en sterkere lojalitet til kollegaer enn til pasienter en ikke kjenner så godt. Alle ønsker å verne og beskytte og dekke over for dem en bryr seg om. Målet om å skape "commitment" til strategier og fellesskapsfølelse i organisasjonen tror jeg kan få en slik slagside. Vilde viser til at flere ansatte sier de heller vil ta det opp med den det gjelder enn å bruke meldesystemet. På den annen side har vi også de som lar være å ta opp vanskelige saker fordi det blir for vanskelig å jobbe sammen i etterkant. Straff og sanksjoner i hverdagen mellom kollegaer hadde avdelingslederne også vært vitne til. Bl.a. Hanne forteller om en lege som gjorde arbeidsdagen vanskelig for en sykepleier som tok opp noe hun opplevde som kritikkverdig praksis fra vedkommende. Siden Hanne ikke har personalansvar for legen er dette vanskelige saker å håndtere. Hun var bevisst på å etablere et samarbeid med lederen for legetjenesten, samtidig som hun prøvde å avlaste sine sykepleiere med å være den som framsatte evt. klager siden hun slapp det tette samarbeidet med vedkommende i etterkant.

Synet på sin egen yrkesrolle har også betydning for hvordan en ser på kollegaer og pasienter. Ahern og McDonald (2002) viser med sin undersøkelse blant varslere og ikke-varslere at de

har ulikt syn på sin egen yrkesrolle. Varslere er mer opptatt av å tale pasientens sak uansett, mens ikke-varslere i større grad har en oppfatning av at de ikke har noe mer ansvar enn andre. Dette vil etter min mening kunne føre til at en velger å "ikke se" eller "ikke høre" fordi de ikke har noe ansvar for det som andre gjør. En slik oppfatning av sin yrkesrolle er i konflikt med de Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere hvor det står at *"Sykepleieren melder fra og/eller varsler når pasienten utsettes for uforsvarlige eller kritikkverdige forhold. Lojalitet til arbeidsstedet skal ikke hindre dette."* (2007: pkt 5.4)

Avdelingslederne ser også at forståelse for at en kollega opptrådte kritikkverdig ofte begrunnes med at de ser vedkommende har stort arbeidspress. Dette er også i konflikt med de yrkesetiske retningslinjer. Punkt 4 legger vekt på at en som sykepleier skal støtte og hjelpe en kollega, men at en uansett skal sette hensynet til pasienten først der hensynet til kollega, organisasjon og pasient kommer i konflikt med hverandre.

Når avdelingsledere ser slike mønster i sin avdeling kan det være nyttig å behandle det på generelt grunnlag ved å bevisstgjøre medarbeideren på hva de yrkesetiske retningslinjer faktisk omhandler, og hvordan de kan omsettes i den praktiske hverdagen. Dette kan for eksempel gjøres gjennom diskusjonsgrupper eller som et ledd i internundervisningen. Mønster som preges av tildekking og omgåelser kan også være en del av det Argyris (1990) omtaler som organisasjonens forsvarsrutiner. Slike mønster er vanskelig å endre, og avhenger i stor grad av en organisasjons evne til å lære, noe jeg drøfter videre i kapittel 7.5.

5.5.3 Uklarhet og uenighet om hva som skal meldes som avvik

I samtalen med avdelingslederne så jeg også tendenser til at de både direkte og indirekte kan hindre medarbeider med å komme fram med kritikkverdige forhold. For det første så har de som ledere mulighet til å styre hva som er ønsket av meldinger. De etterspør noen avvik, men kan være avvisende til eller uenige med medarbeidere sitt syn på hva som er kritikkverdig praksis. Flere sendte tydelige signaler på en slik uenighet, både Mari, Grete og Guro hadde eksempler på det. Mari opplevde irritasjon, og fikk ikke til dialogen med en medarbeider som meldte så ofte. Mari sier at hun ikke var enig i alle avviksmeldingene fra denne personen, men *"tok dem til etterretning"*, dvs. hun behandlet dem ikke reelt som et avvik. Dette viser at hun har makt til å definere hva som skal behandles og hvordan. Samtidig sa hun at de ikke hadde hatt formelle fora der de diskuterte seg fram til hva som er kritikkverdig praksis som skal meldes, *"det er opp til den enkelte sykepleier å vurdere"*, i følge Mari.

Hvis avdelingsledere signaliserer sterkt at de ikke oppfatter en melding som alvorlig nok, eller lar være å gjøre noe med det som kommer inn, vil de fleste slutte å melde fra. Dermed kan det utvikle seg en kultur som godtar en gradvis dårligere praksis. Først når der kommer nyansatte inn i bildet kan det på nytt komme reaksjoner på en kritikkverdig praksis som har fått gå seg til gjennom en stilltiende aksept fra kollegiet.

Hvis nyansatte skal reagere på kritikkverdig praksis som har fått en slags aksept i pleiekulturen er en avhengig av at de sosialiser seg inn i pleiefellesskapet ut i fra det som kalles dannelsessosialisering og ikke tilpassningssosialisering. Det er Handal og Lauvås (1990) som bruker disse benevnelsene i forhold til yrkesteori. Tilpassningssosialiseringen kjennetegnes av at en passivt glir inn i kulturen, stiller ikke spørsmål og undrer seg ikke over det en ser. Sosialiseringen skjer ubevisst. Dannelsessosialisering skjer når en aktivt møter det nye miljøet i en bevisst prosess der en stiller spørsmål og reflekterer over det en ser, og ikke minst setter grenser for det en vil være med på selv. Når vi i tillegg har hørt at Irgens (2007) sier kulturforståelsen gir en virkelighetsoppfatning som oppleves så sann at de automatisk vil overføre den til nyankomne, så forstår vi at dette kan være vanskelig for de nye. Hanne opplevde at det var to nyansatte som meldte fra om en kritikkverdig praksis som hadde fått gå seg til over tid. Når vi vet hvor usikkert det er for nye å være de som skal ”oppdage” en ukultur så mener jeg det er viktig at ledere ser det som sin oppgave å sørge for at det er rom for å diskutere fag og etikk i avdelingen slik at en kan utvikle en felles forståelse og felles praksis for hvordan en yter helsehjelp i avdelingene.

6.0 LEDELSE SOM PÅVIRKER STRUKTUR, PROSESS OG KULTUR.

Å fokusere på årsaker til at de profesjonsutøvende ikke melder i fra om kritikkverdige forhold kan fortelle mye om ytringskulturen i en avdeling. De årsakene til underrapportering som er nevnt foran mener jeg avdelingslederen kan påvirke ved en aktiv innsats. Jeg forstår at det er en utfordring for en leder å skulle bidra til å utvikle en åpen og anerkjennende kultur med vekt på læring, refleksjon og utvikling av god praksis. Det vil kreve en leder som utøver en ledelse med fokus på både struktur, prosess og kultur og forbindelsen mellom disse.

Med struktur mener jeg rammer og prosedyrer som for eksempel regulerer hvor og når oppgaver utføres. Prosess er det som de faktisk gjør i avdelingen i forhold til kjerneområdene de skal drive med, mens kultur er det som styrer måten de utfører oppgavene på.

Hvis en ønsker å sikre kvaliteten på helsetjenesten en tilbyr på et sykehus eller i den enkelte avdeling så er en helt avhengig av at alle kritikkverdige forhold blir kjent og erkjent for at en kan starte forbedringsprosessene. Hvis en som avdelingsleder tar dette på alvor, og ønsker å jobbe med meldekulturen og forbedringsprosesser i avdelingen så mener jeg de lykkes best om de har involverende og deltagende lederstil, og viser en evne til å skape åpenhet og tillit i arbeidsmiljøet samtidig som de er bevisst sin rolle som normsender og verdiformidler.

6.1 Involverende og deltagende ledelse

Den største utfordringen for å klare de omfattende lederutfordringene tror jeg ligger i at de som avdelingsledere opererer i skjæringspunktet mellom fag, drift og ledelse. Alle deltagerne i dette prosjektet har profesjonsutdannelse i forhold til avdelingen de leder. Flere av dem var ansatt i avdelingen før de ble ansatt som avdelingsleder. Dette viser at faget har en sterk posisjon hos den enkelte. Funksjonen som rammevokter viser at de samtidig har ansvar for å balansere driften innfor både økonomiske, juridiske så vel som faglige rammer. Som profesjonsutøvere kunne de i større grad enn som leder tenke bare fag i forhold til oppgavene.

Deres sterke faglige posisjon gir dem en god mulighet til å være involverende og deltagende i sin lederstil. Men et sterkt faglig engasjement kan skygge for godt lederskap. Guro er opptatt av dette, og sier at hun må være god på fag, men at hun ikke trenger å være den beste. Hun må også utvikle seg som leder. Det gjør hun ved å delta på ledersamlinger og lederkurs, og hun tar

aldri på seg ekstravakter for det vil gjøre henne for sliten til å være en inspirerende leder som har oversikt, og som kan være pådriver for utviklingsarbeidet.

Grete derimot opplever at hun må fylle opp ledige vakter ved å gå dem selv. Hun er leder for en avdeling med flere medarbeidere enn Guro, og opplever i motsetning til Guro en stadig utskiftning av personell. Hun sier hun burde være to personer for å makte alle oppgavene, en som er involvert i avdelingen og en som kan jobbe med planer og administrativt arbeid. Hun opplever at hun hele tiden må drive brannslukning og at det er vanskelig å jobbe langsiktig og strategisk. Hennes involvering i arbeidsprosessen i avdelingen kan derfor lett bli preget av kontroll og korrigeringer, mer enn å initiere og lede prosesser.

De som i samtalene med meg best formidlet at de hadde en involverende og deltagende lederstil var de som fortalte om endringsprosessene de hadde gjennomført eller var i ferd med å gjennomføre. Hvorfor jeg oppfatter dette som gode eksempler på en involverende og deltagende lederstil vil jeg komme tilbake til i kapittel 6.5 om kvalitetsutvikling og endringsledelse.

6.2 Åpenhet og tillit i kollegiet er å kunne "*kikke hverandre i korta*"

Guro er en leder som vektlegger en åpen og diskuterende stil i avdelingen. I samtaler med nyansatte sier hun at det ikke er viktig at de arbeider selvstendig og alene, men at alle i avdelingen skulle tenke høyt omkring sine vurderinger og handlinger slik at andre kunne bekrefte eller korrigere dem. Pasientene de behandler er så komplekse at standardiserte løsninger kan være kontraindisert på grunn av individuelle faktorer hos pasientene. En åpenhet rundt hvordan de tenker og vurderer i de enkelte tilfellene vil derfor bedre pasientsikkerheten i følge Guro.

Den høyttenkende stilen som Guro sier hun har i avdelingen minner om det som kalles organisatorisk redundans. Det skapes ved at aktørene rådfører seg med hverandre, og kontrollerer og korrigerer hverandre. Rosness definerer begrepet organisatorisk redundans i en SINTEF rapport som "*samhandlingsmønstre som setter en organisasjon i stand til å utføre oppgaver mer pålitelig enn enkeltpersoner:*" (Rosness 2005; 4).

Organisatorisk redundans har to forutsetninger for å fungere. For det første er det en instrumentell del, dvs. at de som skal kontrollere hverandre må ha mulighet til å følge med på hverandres vurderinger og handlinger. Det kan gjøres ved at de jobber tett sammen eller i det

minste har oversikt over de samme instrumentene og data. Ved spesielt utsatte prosedyrer skal kontrollen av hverandre være formalisert gjennom rutiner. Det må med andre ord være tilstrekkelig bemanning til at en kan samarbeide om alle kritiske oppgaver. Den andre forutsetningen er av kulturell karakter. Medarbeiderne må våge å blande seg i hverandres arbeid. Autoritære holdninger vil hindre en effektiv redundans. (Rosness 2005) Både Guro og Vilde tar opp problemet med at autoritære ledere og medarbeidere kan hemme dialogen i avdelingen. Hvis det ikke er kultur for å stille hverandre kritiske spørsmål hjelper det ikke med økt bemanning. Rosness påpeker også at en må være oppmerksom på at en gruppe kan utvikle en indre lojalitet som gjør at de utvikler en enighet uten å tenke åpent og kritisk til hverandre. Det var vel noe av dette Hanne avdekket når det ble kjent at den kritikkverdige oppførselen overfor pasienter hadde vedvart over lang tid. Flere kjente til det men unnlot å ta det opp. Det var to nye som meldte saken, og på spørsmål om hvorfor de andre ikke hadde tatt dette opp før var det ingen som hadde noe svar på i følge Hanne. Den enkeltes etiske og faglige dømmekraft vil derfor fortsatt være viktig for å oppnå organisatorisk redundans.

Innen luftfarten er organisatorisk redundans vel etablert, og skal denne tankegangen implementeres i heletjenesten kreves det endringer både i prosess, struktur og kultur. Rosness understreker i sin rapport at hvis en skal skape en organisatorisk redundans må en sikre at de instrumentelle forutsetningene er til stede, men at det vanskeligste er å endre kulturelle betingelser for redundans. Samtidig poengterer han at det kan være en begynnelse å bevisstgjøre aktørene på den organisatoriske redundansen som allerede er i virksomheten. Guro gjør nettopp det i sin avdeling. Hun vedlikeholder den diskuterende stilen i avdelingen ved å ta det opp med de nye. Hun er også bevisst på at hun ikke vil følge etter de andre avdelingene med å innføre stille rapport fordi hun er redd for at en arena for å gi respons og korrigeringer på vurderinger og handlinger da vil falle bort. Ved stille rapport er det i hovedsak skriftlige overføringer som gjelder, mens det ellers også er en muntlig overføring i tillegg til den skriftlige dokumentasjonen. Hun beskriver også medarbeiderne sine som reflekterte og erfarne, og at det gjør dem trygge nok til å *”kikke hverandre i korta”*.

6.3 Avdelingslederen som normsender og verdiformidler

Noen av deltagerne i studien var bevisste på at de hadde innflytelse til å sette dagsorden og til å utvikle avdelingen i en ønska retning. Guro for eksempel innså at hennes rolle var ”nifst viktig” i forhold til å etablere en god meldekultur.

Når Selznick (1997) beskriver ledelse vektlegger han at ledelsesfunksjonen består i å utvikle og forsvare virksomhetens integritet. En virksomhet blir ofte forstått som en større helhet enn en avdeling, der toppledelsen spiller en viktig rolle i å utforme retning og verdigrunnlag for hele virksomheten. Når jeg har valgt å fokusere på det laveste formelle ledernivået i helsetjenesten er det fordi det er på dette nivået strategier og verdier blir omsatt i handling. Fellesskapsfølelse og identitet skapes ved at en godtar verdier og handlemåter. Selznick kaller dette en institusjonaliseringsprosess. En slik prosess krever lederskap for at den ikke skal skje tilfeldig og gå inn i uheldige spor og skape en kultur som det senere er vanskelig å endre.

Avdelingslederen mener jeg er i en nøkkelposisjon fordi vedkommende som regel er den lederen på et sykehus som har et direkte personalansvar for flest ansatte. Profesjonsutøverne avdelingslederen har under seg er også de som møter pasienter og pårørende, og dermed er de som skal oppfylle løfter og målsettinger som helsetjenesten har lovet befolkningen. Tilfredsheten med helsetjenesten blant pasienter er et viktig kriterium for kvaliteten.

Vilde er oppmerksom på at det er flere uformelle normsendere i en avdeling. Ansatte kan signalisere ganske sterkt til sine kollegaer gjennom skråsikre uttalelser som gjør andre usikre på om det er verdt å ta opp det de lurte på. Ifølge Selznick(1997) er det nødvendig for å lykkes med institusjonaliseringsprosessen at en som leder forstår de sosiale prosessene i en virksomhet slik at en vet om verdiene og målsettingene en ønsker å innføre blir godtatt og integrert. Der er alltid maktstrukturer i en sosial kontekst. Hvis en som leder forstår hvordan maktstrukturene fungerer kan en våge å spille på uenighet slik at diskusjonene blir kreative og dype nok til at den enkelte må ta stilling til hva en står for. En fare for institusjonaliseringsprosessen er at folk tilpasser seg på en overfladisk måte uten at endringene er integrert i kulturen.

Brita har erfaringer med å stå i en endringsprosess der det var mye motstand og uenighet. Hun vektla betydningen av å kjenne sine ansatte, det gjorde at hun så dem som ressurspersoner selv om de var uenig med henne. Hun kunne videre bevist bruke uenigheten til å få fruktbare og løsningsorienterte diskusjoner slik at hun lyktes med å få med seg personalet i endringsprosessen. Det handler om å håndtere motstand og uenighet på en slik måte at det blir en ressurs i endringsprosessen (Orvik, 2004)

Hanne som er i ferd med å sette verdier og holdninger på dagsorden opplever også at hun må håndtere uenighet. Gjør hun det ikke riktig vil prosessen stoppe opp, og hun vil få *"en del dører i ansiktet"* som hun sier. Hun er vår for hva som blir kommunisert, og merker når deler av personalgruppen ikke er klar for å bli konfrontert med egne holdninger. Sammen med de

som har meldt fra om kritikkverdige holdninger i avdelingen planlegger hun derfor en strategi som vil gå over en tid. Målet er en økende åpenhet rundt hva som er god praksis. Det handler om hvilke verdier som skal styre og gjennomsyre praksisen i avdelingen.

Hanne tar et lederansvar ved å fronte saken, og å involvere ledergruppen og toppledelsen. Hun bruker de møtepunktene som allerede er etablert, og formidler saken gjennom små drypp med et mål om å få til en endring selv om det vil ta litt tid. Å innse at slike prosesser tar tid er viktig for å unngå at tilpassningen til et verdigrunnlag blir overflatisk. Et annet moment for å hindre en overflatisk tilpassning er å hele tiden holde verdidiskusjonene i gang. Det må som Hanne sier det holdes varmt for *”hvis du lykkes med det så får du en avdeling som hele tiden er dynamisk og de oppdrar hverandre i hvordan vi vil ha det, men du er nødt for å skape en endring først og så vedlikeholde den.”* (Hanne)

Motstanden Hanne har møtt i saken fra dem anklagen gjelder har vist henne at de har en ulik virkelighetsforståelse, og at de prøver å bagatellisere saken og kaller meldingen om det kritikkverdige forholdet angiveri. Selv mener Hanne at det er langt over grensen for hva hun kan akseptere som etisk forsvarlig praksis. Dette støtter det Irgens (2007) sier om at en felles kulturforståelse også har en felles virkelighetsoppfatning. Her er det lederen for legetjenesten som har en annen forståelse av hendelsene enn det Hanne har som er leder for sykepleietjenesten. I en og samme avdeling kan det være grupper som har en ulik kultur. Det er utfordrende for lederteamet å skulle utvikle en felles verdiplattform for alle medarbeiderne.

Ut i fra mikrosystemtenkningen er det flere profesjoner som inngår i tjenesten rundt den enkelte pasient, og skal tjenesten til den enkelte pasient forbedres vil det involvere flere aktører som blir nødt til å utvikle en felles holdning og handling til oppgavene de skal løse sammen. Det forutsetter at lederne kan samarbeide, og ikke sende ut ulike signaler når det gjelder normer og verdier i avdelingen. Hanne oppfattet tydelig at problemene hun stod overfor ikke bare skyldtes en ukultur blant profesjonsgrupper, men at det også *”handler om ledelseskulturen i klinikken, - vi må endre oss”*(Hanne).

Hanne viser også gjennom den langsiktige prosessen hun legger opp til en forståelse for at organisasjonen er det Selznick kaller et historisk produkt. De sosiale strukturene i en avdeling er også et produkt av tidligere erfaringer og forventninger til hva de skal være og hva de skal drive med. Det Selznick kaller de sosiale strukturene mener jeg også kan forstås som kulturelle mønster. I følge teorier om endringsprosesser i organisasjoner så blir endringen bare varig hvis den blir befestet i kulturen.

6.4 Ledelse som påvirker kulturen

Som tidligere nevnt poengterer Aadland at det er ”*i samspelet mellom intensjon (verdi) og uttrykk (handling) at både leiaren og organisasjonen skapar seg sjølv.*” (2004:106).

En institusjonaliseringsprosess berører kulturen fordi den omfatter å godta verdier, handlemåter og oppfatninger som er viktige i seg selv (Selznick 1997). Hanne er i en slik prosess i sin avdeling. Hun erfarer at det ikke er enighet i avdelingen om hva som er etisk forsvarlig praksis når det gjelder relasjonen profesjonsutøver og pasient. Saken hun fikk meldt om en pasient som ble møtt på en kritikkverdig måte av en lege, er sammensatt. Noen unnskylder legens handlemåte mens andre reagerer sterkt på den. Det spesielle med saken var også at dette hadde skjedd før uten at det var blitt rapportert. Hanne er klar på at dette er uakseptabelt, og sier at ”*sånn kan vi ikke ha det*”. Dette angår dem alle fordi de som organisasjon ikke kan tillate uetisk praksis.

Å styre gjennom forbud er ikke mulig i følge Hanne, det må skje en prosess der en blir enig om verdier og handlemåter. Verdier og handlemåter som må bli viktige i seg selv for at det skal være samsvar mellom intensjoner og uttrykk. Strategien Hanne har valgt har jeg nevnt før, men vil legge til at hun på spørsmål om hvordan hun håndterer uenighet om etisk og faglig forsvarlig praksis svarer at hun vektlegger åpne diskusjoner. Hun oppfordrer alle til å ta ansvar og melde fra om forhold som ikke er forenlig med det de mener er etiske og faglig forsvarlig. Hun ber medarbeiderne om å ta kontakt om både smått og stort, så kan de sile ut sakene som de bør gå videre med. Hun har enda ikke avvist noen saker.

Det viser seg å være både intellektuelt og emosjonelt utfordrende å håndtere avvik. Alvorlige hendelser krever at de som ledere er i stand til å gjennomføre endringsprosesser i avdelingen samtidig som de skal møte de involverte partene i saken på en god måte. Dette krever både lederkompetanse og personlige egenskaper også forstått som dyder.

McIntyre (1985) forklarer dyder som menneskelige karaktertrekk som gir egenskaper til å oppnå interne goder og fravær av egenskaper som forhindrer en i å oppnå interne goder. Interne goder kan forstås som opplevelsen av at det er meningsfullt å delta i en prosess uavhengig av at en skal oppnå ytre resultat. Opplevelsen av fellesskapsfølelse, og at det å skape noe sammen med andre er viktig i seg selv. Selznick beskriver institusjonaliseringsprosessen som ”*når en organisasjon får et ”jeg”, en klar identitet.[...]*

Dette omfatter å godta verdier, handlemåter og oppfatninger som synes å være viktige i seg selv". (Selznick 1997, s 29).

Å lede en institusjonaliseringsprosess vil kreve en leder med de karaktertrekk som McIntyre beskriver som dyder. I praksis oppfatter jeg disse dydene som utholdenhet og tålmodighet hos lederen. Flere av avdelingslederne uttrykte at det er slitsomt med alle som protesterer og svartmaler uten å tenke positivt og være løsningsorientert. Likevel ser jeg at de er svært opptatt av å la medarbeiderne komme til orde, og prøver hele tiden å få alle med seg i ulike prosesser. De uttrykker også forståelse for at noen trenger lenger tid enn andre i en endringsprosess. De tar også hensyn til at de leder en avdeling der de ansatte går i turnus og aldri er på jobb samtidig, og legger opp til flere møter med samme tema og gjentar informasjon. Spesielt Hanne, Guro og Brita som fortalte om større endringsprosesser i avdelingen har vist at de lyktes fordi de la stor vekt på å inkludere og engasjere alle for at de skulle forstå endringen og oppleve den meningsfull.

Målet med endringen var viktig, men det betydde også noe at prosessen ble god. Metodene for å oppnå dette var for det første å ansvarliggjøre enkeltpersoner. I samtalen med meg kom disse avdelingslederne ofte med karakteristikk av sine ansatte som dyktige ressurspersoner som de hadde tro på. Både Hanne og Mari var opptatt av at de som kom med innspill på forhold som ikke var bra også skulle bidra med forslag til forbedring hvis det var mulig. For det andre vektla de både formelle og uformelle møtepunkt med veiledning, refleksjon og undervisning.

Både de strukturerte og de uformelle møtepunktene ble sett på som viktige, men spesielt Brita poengterte at de strukturerte møtepunktene var de viktigste arenaene når alvorlige avvik måtte tas opp i avdelingen. Som ledere forstår de med andre ord betydningen småpratene i avdelingen har for utviklingen av kulturen, og at overføringer av måter å tenke og handle på i stor grad skjer gjennom det Ekman kaller "småpratens beslutningsprosess" hvis de ikke strukturerer det i en ledet prosess, for eksempel ved at viktige saker og tema blir behandlet i strukturerte fora (Irgens 2007).

Hanne, Guro og Brita ledet endringsprosesser gjennom å inkludere og engasjere medarbeiderne. Dette samsvarer med tenkningen rundt helsetjenesten som komplekse organisasjoner. Plsek og Wilson (2001) understreker at i kompleksitetsteorien blir relasjonene mellom aktørene oppfattet som viktigere enn aktørene selv fordi de ulike aktørene har innvirkning på hverandre. På bakgrunn av denne interaksjonen mellom aktørene hevder Christensen og Johannesen (2005) at ledelse er et sosialt fenomen, og at ledelse vokser fram

gjennom de daglige relasjonene med aktørene. Aktørene på sin side har innvirkning på det som skjer både ved det de gjør og det de ikke gjør. Ledelse ut i fra kompleksitetstenkningen forutsetter derfor en deltagende og utforskende ledelse som ikke frykter uforutsigbarhet, uenighet eller konflikter.

Hanne, Guro og Brita er eksempler på ledere som er utforskende og deltagende i sin lederstil. De var også innstilt på å håndtere både uforutsigbarhet og uenighet, uten å vike tilbake. For å mestre den utforskende og deltagende lederstilen som Christensen og Johannesen (2005) beskriver er det viktig å ha egenskaper som mot, klokskap, og overtalelsesevne. May (1995) nevner dette som viktige dyder for en leder.

Guro og Brita trekker fram at selv om de lyttet til alle innspill så stod de fast på den kursen de hadde valgt fordi de var sikre på at det var det riktige å gjøre. De viste mot gjennom ikke å la seg påvirke til å endre kursen pga motstand, og la samtidig vekt på å få alle med seg gjennom å informerer om hvorfor endringen var nødvendig slik at en felles forståelse og opplevelse av at det var meningsfullt kunne nå flere av medarbeiderne. Hanne som utfordret holdninger og handlinger hos ansatte når det gjaldt hvordan de møter enkeltpasienter utviser også mot fordi våre holdninger og verdier oppfattes som personlige og som en del av vår identitet. Det kan oppleves truende for enkelte medarbeidere å bli utfordret på holdninger og verdier. Hun viser også gjennom sin strategi en klokskap og forståelse for kulturen i avdelingen, og hvordan den kan påvirkes.

Ledelse skjer alltid i et ”*samspill mellom makt, regler og verdier*” (Sørhaug 2004: 181). Hvilken faktor som dominerer i dette samspillet gir karaktertrekk til det jeg vil kalle lederstil. Jeg kan se igjen ulike lederstiler i mitt materiale. Dette har ikke vært hovedfokuset, og det kan derfor bli overflatiske karakteristikk hvis jeg setter slike merkelapper direkte på deltagerne i denne studien. Jeg velger derfor å nevne det mer generelt for gruppen. En lederstil jeg ser spor av blant avdelingslederne jeg møtte er for eksempel de som styrer etter regler og vedtak. De legger stor vekt på å etablere prosedyrer og rutiner, og blir gjerne oppfattet som ryddige, ordentlige og effektive. Andre igjen kjennetegnes ved at de fyller sin lederfunksjon med kontroll og korrigering av medarbeidere, og som lett fanges i den daglige drift. Jeg ser også eksempler i mitt materiale på ledere som satser mye på å utvikle arbeidsprosessene i avdelingen, og som innser at verdier og holdninger påvirker handlingene våre og dermed må kunne diskuteres og endres hvis resultatet av handlingene ikke blir som forventet. Som avdelingsledere er de også underordnede i et hierarkisk system, og er selv underlagt en ledelse som i ulik grad styrer ut i fra makt, regler og verdier.

Lederstilen de selv blir utsatt for tror jeg vil påvirke deres egen ledelse. Har de en ledelse som etterspør hvordan prosessene rundt forbedringsarbeidet foregår, og hvordan de jobber med sine kjerneområder i avdelingen så forstår de at dette også er viktig, og ikke bare måltallene innen økonomi, pasientgjennomstrømning og antall avvik som har skjedd. Avdelingslederen må dermed også jobbe med arbeidsprosessen i avdelingen for å kunne følge opp det ledelsen etterspør.

Avdelingslederne jeg møtte vekslet mellom å forholde seg til sine medarbeidere i avdelingen, og å forholde seg til ledelsen over. Noen, spesielt Grete, slet med å få en god dialog oppover i systemet. Det kunne virke som at dialogen her var ensidig nedover, at hun hadde problem med å få gjennomslag for det hun mente. Hun formidlet sterkt at kravene om kvalitet og budsjettkontroll var tydelige ovenfra, men at de ikke var støttende eller bidrog til å løse utfordringene med misforholdet mellom oppgaver og ressurser. Dårlig eller mangelfull vertikal kommunikasjon, og en ovenfra og ned lederstil hos toppledelsen er to av "six silence killers" i forbedringsprosesser. (Beer og Eisenstat 2000). Både Brita og Hanne framhever at de jobber bevisst i forhold til andre ledere og toppledelsen fordi gjennomgripende endringer som involverer mange må ha en forankring og være villet av berørte ledere og toppledelsen for å få gjennomslag.

Skal ledelsen påvirke kulturen må de ikke bare fokusere på rammer, strukturer, rutiner og resultater, men også etterspørre prosessene som ligger i mellom. Christensen og Johannessen (2005) hevder en leder ut i fra kompleksitetsteorien må være deltagende og utforskende for å kunne forstå og påvirke både strukturer, prosesser og kulturelle handlingsmønstre. Plsek og Garret (2005) sier at mønstrene er de som styrer handlingene dvs. prosessene, og at de må være kjent for at de skal kunne påvirkes og endres. De hevder videre at en av grunnene til at mye tradisjonelt forbedringsarbeid ikke er vellykket skyldes at ledelsen ikke har forstått og tatt hånd om "*spenningene innen et komplekst system*". I det ligger det også at en må være oppmerksom på at strukturer, prosesser og kulturelle mønstre gjensidig påvirker hverandre. Hvis vi ser nærmere på Guro, Hanne og Brita sine endringsprosesser ser vi at de viser en forståelse for og søker å påvirke både strukturer, prosesser og kulturelle handlingsmønstre gjennom sine beslutninger og endringsledelse.

6.5 Beslutninger og endringsledelse.

Å få kjennskap til at det forekommer kritikkverdig praksis i avdelingen som en har et fag- og driftsansvar for krever at en handler og setter i verk tiltak. Noen forhold krever enkle grep slik jeg oppfatter det, mens andre kritikkverdige forhold krever mer gjennomgripende endringer i organisasjonen. Selznick (1997) beskriver dette som et skille mellom rutinemessige og avgjørende beslutninger. De rutinemessige beslutningene er de som gir seg selv, der det ikke er så mange alternative løsninger. Slike beslutninger kan være av administrativ karakter og kan omhandle prosedyrer som en er lovpålagt å følge. De fleste avviksmeldingene avdelingslederne mottar er hendelser som krever slike beslutninger. Dette krever at avdelingsledere kan handle raskt og konsistent. Lederen må kunne forstå situasjonene innenfor det Bolman og Deal kaller den strukturelle rammen, og handle ut i fra det.

Det som kommer i kategorien avgjørende beslutninger er forhold som har langsiktige følger for mål og metoder. Beslutninger som berører samhandling og verdigrunnlaget en skal handle ut i fra. Noen av avdelingslederne mottok meldinger om kritikkverdige forhold som krever beslutninger av en slik karakter. Hanne opplevde å få inn meldinger om en ansatt som oppførte seg krenkende overfor en pasient, og at dette hadde skjedd flere ganger. Vedkommende som i følge Hanne *"ikke kunne oppføre seg"* var faglig sett dyktig, og var til tider under tidspress, noe som andre kollegaer brukte som unnskyldning for ikke å sende inn noen klage. Dette fikk Hanne til å forstå at saken ikke bare berørte en enkeltperson og en enkelthendelse, men at det var etablert en kultur hvor flere ikke reagerte på en kritikkverdig praksis. Beslutningen Hanne tok om å sette i gang en prosess for å sette en standard i avdelingen som hun mente var etisk og faglig forsvarlig krever lederskap med et langsiktig perspektiv. Enkelte ledere er med på å redusere virksomheten de leder til *det de gjør* og glemmer å bygge opp under *hvem de er*. Dette gjelder spesielt ledere som fokuserer på lønnsomhet og effektivitet, men som ikke etterspør hvordan en utfører oppgavene sine.

Hvorvidt Hanne lykkes i dette arbeidet vet jeg ikke. Når hun deltok i studien var hun i begynnelsen på en prosess som hun antydte vil kunne ta både måneder og år. Å endre en kultur som har gått seg til over år kan være vanskelig. Selznick går så langt som å si at av og til kan negative karakterdannelser i organisasjonen være et så stort hinder at det umuliggjør en omstilling. Kotter (1998) som har definert 8 trinn i en endringsprosess er også klar på at hvis ikke endringene blir etablert i kulturen blir de ikke varige. Han mener ikke at kulturendring er umulig, men poengterer at en sentral del av medarbeiderne må være positivt innstilt, og at

involvering av ledelse på alle nivå er viktig. Mellomledere som motsetter seg endringene bør en skifte ut, og ikke bruke energi på å få alle med seg. Kotters tankegang er fra amerikansk forretningsliv, og kan virke noe bastant og ugjennomførlig i vår offentlige sektor, men det viser i alle fall at det er anerkjent innenfor teoriene om endringsledelse at det er krevende arbeid.

Flere studier om hvorvidt organisasjoner har lyktes med endringsprosessene viser at hindringene for å kunne gjennomføre en vellykket endring kan oppsummeres i seks punkt, også kalt "six silent killers". To av årsakene er dårlig vertikal kommunikasjon og utilstrekkelig linjelederkompetanse. Avdelingslederen på laveste nivå trenger altså å bli involvert og ha en god kommunikasjon med andre ledere i systemet. Det er lederen på avdelingsnivå som skal lede medarbeiderne i omstillingsprosessen, dvs. implementere nye program eller nye arbeidsmetoder. Bolman og Deal (2004) beskriver dette som å initiere endringer ut i fra forståelsesrammen som kalles Human Resource rammen. Den vektlegger deltagelse og involvering av alle berørte parter gjennom en åpen kommunikasjon når arbeidsprosessen skal endres.

Deltagelse og involvering forutsetter også at en leder oppfatter sine ansatte som enkeltindivider med ulike forutsetninger og behov. På spørsmål om det var vanskelig å skape en felles forståelse i staben når de skulle gjennom en endringsprosess svarte Guro:

"Jeg gjorde meg noen erfaringer hva det gikk an å gå i en dialog om. Hva som var viktig for meg og andre uten at det gikk utover noen. Jeg gjorde det smidig, og lot dem være involvert Det er her min rolle er viktig. Det er så mange forskjellige som er involvert. En må gå en aktiv prosess, som jeg er aktiv i."

Et annet eksempel er Brita som er avdelingsleder på en poliklinikk som for en tid tilbake var gjennom en stor omorganisering. Pasienttallet var doblet uten at antall medarbeidere var økt tilsvarende. De måtte derfor gjøre arbeidet på en annen måte for å kunne løse alle oppgavene på en forsvarlig måte. Brita framhever sin leder som strategisk i sine valg når hun var pådriver for en omorganisering, som etter hvert også fikk Brita til å forstå at denne omorganiseringen var nødvendig. Brita møtte mye motstand blant sine medarbeidere, men klarte etter hvert å overføre den samme forståelsen for at endringene var nødvendige for å gi en kvalitativt god nok helsetjeneste.

Den vertikale kommunikasjonen fungerte selv om Brita understreker at hun følte seg i en klemme fordi hun forstod behovet for endring som hennes leder formidlet, samtidig som hun forstod motstanden og frustrasjonen hos de ansatte som i starten ikke hadde tro på at dette var måten å løse det på. I dag er omorganiseringen gjennomført, og det fungerer godt i følge Brita.

Hun så etter hvert at hennes leder hadde vært forutseende, - det ble slik hun hadde sagt at det kom til å bli, og at endringen derfor viste seg å være nødvendig.

I tillegg til at den vertikale kommunikasjonen så ut til å fungere hadde Brita også nødvendig linjelederkompetanse. Hennes oppsummering av hva hun mener er grunnene til at hun lykkes med endringsprosessen i sin avdeling viser at hennes kompetanse som linjeleder i en endringsprosess er sammenfallende med det som Kotter (1998) vektlegger som nødvendig for å lykkes i en endringsprosess. Hun brukte tid for å få flest mulig med seg, og hun involvert berørte parter i hele prosessen. Hun stod fast på at dette måtte de gjennom samtidig som hun var lyttende, og lot de ansatte komme til orde. Hun kjente etter hvert sine ansatte godt, og klarte å gjøre nødvendige individuelle tilpassninger for enkelte ansatte. Hun var ikke redd for uenighet og motstand, men brukte de ulike meningene i gruppen bevisst for å få til diskusjoner som ansvarligjorde dem til å finne løsninger. Hun understreker også at de hadde nytte av et internt seminar der eksterne rådgivere var med for å få fortgang i prosessen.

Enkelte organisasjoner får ikke gjennomført grunnleggende endringer, noe som kan skyldes manglende kompetanse og forståelse for endringsprosesser hos lederen. Årsaken kan også ligge i organisasjonens struktur og kultur som har utviklet seg i negativ retning over så lang tid at en evt. endring som involverer det samme personalet er umulig. Selznick mener dette kan skje hvis institusjonaliseringsprosessene har skjedd uten et tydelig lederskap. En slik organisasjon kan likevel oppleve framgang når det gjelder måloppnåelse og resultater, men en slik fremgang må ikke forveksles med institusjonaliseringsprosessen.

For en leder kan det oppleves tungt å håndtere saker som berører arbeidsprosessene i avdelingen, og ikke bare skulle fokusere på resultatmål. Lederskap som kan påvirke institusjonaliseringsprosessen må vite hva de som ledere skal etterspørre for å sette fokus på de riktige tingene. Kari er en av deltagerne som var opptatt av at det en leder etterspør er det lederen gir verdi. Etterspørres bare praktiske forhold og resultater eller får profesjonsutøveren også spørsmål om hvordan prosessen i forbindelse med for eksempel en utskrivning gikk? Kari understreket betydningen av at en som leder må være oppmerksom på det en etterspør fordi det vil gjenspeile hva den enkelte medarbeider bruker tid på. Dette viser at en leder kan sette i gang refleksjoner og verdidebatter ved å ha fokus på hvordan arbeidet utføres, og ikke bare fokusere på målbare resultater. På denne måten vil en også kunne skape endring over tid.

6.6 Utvikle seg som leder, og opplevelsen av støtte i lederrollen

Formell utdanning og muligheter til å utvikle sin lederkompetanse i jobben ble av noen prioritert høyt. Under intervjuene med avdelingsledere kom vi inn på om de opplevde at de hadde nødvendig kompetanse. Noen var uklare i forhold til det spørsmålet, og snakket helst om tidspresset og den lave bemanningen, og ikke om manglende kompetanse som grunn til at de opplevde lederoppgavene som for omfattende. Men to av dem ønsket mer kompetanse i prosjektledelse, og noen henviste til at de var med i en intern ledergruppe der det var rom for refleksjon rundt lederrollen noe som opplevdes nyttig. En annen nevnte at sykehuset hadde en intern lederskole. Dagen før jeg traff vedkommende hadde de bl.a. diskutert hvordan de skulle takle medarbeidere som kom med kritiske innspill, og hvordan de kunne ansvarliggjøre dem til å være løsningsorientert. Dette viser at noen av avdelingslederne aktivt ønsker å øke kompetansen sin slik at de kan håndtere alle kravene, og at også noen sykehus prioriterer lederutvikling internt.

En formell lederutdanning mener jeg er nødvendig, men å legge til rette for å utvikle seg som leder både når det gjelder kunnskaper og ferdigheter i ledelse forutsetter også et lederprogram som tar utgangspunkt i de erfaringene de gjør i sitt daglige virke. Alle avdelingslederne jeg intervjuet viste at lederrollen ikke bare handler om rasjonelle beslutninger og resultat, men at de også blir emosjonelt berørt i dette arbeidet. For eksempel så ser jeg faren for at de som lar seg engasjere emosjonelt, og som mottar følelsesmessige reaksjoner fra medarbeidere på det de tar opp som ledere kan stå i fare for å slite seg ut. Dette kan gjelde personer som Hanne som setter i gang prosesser i forhold til holdningsendringer, og som hele tiden må balansere mellom støtte og konfrontasjon for å unngå å få *"noen dør i ansiktet"*, som hun selv uttrykker det. Faren for å slite seg ut kan også omfatte ledere som kjenner seg igjen i Vilde. Hun prioriterte åpenhet i avdelingen så sterkt at hun etter hvert innså at hun åpnet for mye opp. Det ble daglige samtaler som også hadde en personlig karakter. Det er utfordrende å bygge opp en tillitsfull åpenhet samtidig som en skal ha en så profesjonell distanse til medarbeidere og problemstillinger at kan ivareta både saken og seg selv som menneske.

Det krever også en selvinnsikt og vilje til å reflektere over egen praksis hvis en ønsker å utvikle seg som leder. Guro var bevisst på å prioritere sin egen lederrolle. Hun valgte lederkurs som var tverrfaglige fordi hun så hun trengte det perspektivet i sin jobb. Videre nevnte hun at hun ikke gikk ekstravakter fordi det ville slite henne ut, og ikke gjøre henne i stand til å være en leder som inspirerte og motiverte og som hadde oversikt. Brita ser også i etterkant av den store

omstillingsprosessen at hun tok påseg for mye, og at hun nå har et mer realistisk syn på hvor hun bør sette grensen for hva hun som leder skal ta på seg av oppgaver. Felles for disse lederne er at de bevisst bruker sin erfaring til å vokse i rollen som leder.

I tillegg til å stille krav om formell lederutdanning kan det være nyttig å satse på interne lederutviklingsprogram med bakgrunn i de daglige utfordringene avdelingslederne skal håndtere. Det vil være i tråd med Swart og Pye's modell om læring i organisasjoner som omfatter tre elementer. Utgangspunktet skal være erfart praksis som følges opp med en kreativ dialog som kjennetegnes av aktiv refleksjon der ulike perspektiv kommer fram. Denne dialogen bør skje kollektivt, i dette tilfellet av flere avdelingsledere med lignende erfaringer. For at læring skal skje gjennom denne prosessen må den følges opp med endret praksis som igjen kan danne utgangspunkt for refleksjon og diskusjon (Swart, Pye 2002).

Manglende kompetanse og mulighet til støtte og utvikling i sin lederrolle kan føre til at en bevisst eller ubevisst abdiserer som leder i gitte situasjoner. Grete for eksempel klarer ikke alltid å være i forkant og tenke langsiktig. Hun opplever derfor å bli spilt litt ut på sidelinja slik jeg oppfatter det. Medarbeidere måtte for eksempel i noen tilfeller gå forbi henne med sine meldinger om kritikkverdige forhold. Hun går inn i det praktiske arbeidet for å få ting gjort, og må stadig ta vakter selv fordi hun ikke får tak i noen andre. Hun viser vilje til å yte mye, men jeg opplever henne som maktesløs eller rådvill i noen situasjoner slik det blir beskrevet i kapittel 5.4. I det kapittelet viser jeg også til at når en leder ikke fungerer optimalt på alle områder så kan årsakene ligge både hos dem selv og på faktorer i omgivelsene og systemet.

Edel mener jeg også abdiserte som leder i en situasjon hun fortalte om. Hun var kjent med at det i lengre tid var målt for stort utslipp av lystgass på fødestuen, og at de ansatte dermed ble utsatt for lystgass i større mengder enn det som er tilrådelig. Det ville koste penger å utbedre ventilasjonssystemet, og så lenge de visste at økonomien ved sykehuset var dårlig, vegret jordmødrene seg for å skrive avviksmeldinger. De var redd det ville føre til at de stengte av gassen, noe som igjen ville gå ut over de fødende. Det er lett å forstå at når en ikke ser hvordan et problem kan løses så lar en være å melde fra, men som leder burde Edel på vegne av avdelingen argumentert ut fra kvalitet og sikkerhet for både fødende og ansatte slik at ansvaret for å sette av penger til en utbedring ble plassert hos sykehusledelsen.

Også Brita forteller at flere ikke melder fra om kritikkverdige forhold som gjelder personalet fordi de er redd for at nødvendige endringer vil gi negative konsekvenser for pasienter som kanskje har en fordel av at forholdene er som de er. Sykepleierne trekker fram hensynet til

pasientene for å fortsette som før, og ser bare den kortsiktige gevinsten. Brita så dette, og i motsetning til Edel gikk hun som leder aktivt inn for å få dem med på en mer langsiktig tenkning omkring saken.

En av grunnene til at Edel er passiv i denne situasjonen kan tolkes på flere måter. Under intervjuet gikk hun ikke så mye inn på sin egen rolle i saken, men understreket at jordmødrene tar mye ansvar og tenker gjennom hva som kan bli konsekvensene av å melde fra. I ettertid har jeg reflektert over mulige årsakssammenhenger til at Edel ikke inntar en mer aktiv lederrolle, og innser at det kunne vært nyttig om jeg hadde fulgt opp med en del spørsmålsstillinger. Et alternativ er å knytte det til at hun jobbet som vanlig medarbeider i denne avdelingen i svært mange år før hun for vel et år siden ble leder. I arbeidslivet sosialiseres vi inn i en kultur og dermed inn i en bestemt virkelighetsforståelse med etablerte handlingsmønstre og lojalitetsforståelse. Hvis en som sykepleier i avdelingen avanserer til leder etter flere år vil en fortsatt være preget av kulturen i kollegiet, og jeg tror det krever mye å skulle klare å avdekke kulturelle mønstre som hindrer kvalitetsutviklingsarbeidet. I tilfeller der noen går fra å være arbeidstaker til å være leder kreves det ekstra oppmerksomhet i forhold til rolleendringen dette medfører. Dette er etter min mening også et ansvar for ledernivået over å følge opp.

Det emosjonelle ubehaget som flere av avdelingslederne opplevde når de mottok meldinger om kritikkverdig praksis kan føre til refleksjon som igjen fører til endringer av sitt eget handlingsmønster. For å reflektere over egen praksis trenger vi ofte noe som trigger oss til ettertanke og deretter til endring. Et emosjonelt ubehag kan være en slik trigger som en i utgangspunktet bør oppfatte positivt og ikke som noe hemmende. Gjennom en bevisstgjøring og et mot til å sette ord på sine egne reaksjoner og følelser tror jeg avdelingslederne lettere kan velge tilnærmingmåter som fører til en god og konstruktiv dialog istedenfor at de bevisst eller ubevisst demper dialogen for å redusere det emosjonelle ubehaget.

På den annen side er det også viktig at øverste ledelse forstår at dette ledernivået ikke bare handler om rasjonelle oppgaver og beslutninger, men at det også er emosjonelt utfordrende, noe som igjen gjør dem sårbare for slitasje og avmaktsfølelse. Støtten og oppfølgingen fra arbeidsgiveren bør derfor også fokusere på den menneskelige siden ved det å være leder. De konkrete eksemplene med veiledningsgruppe for ledere eller intern lederskole som bl.a. gir veiledning på aktuelle lederutfordringer tror jeg er med på å ivareta noe av dette. Det viktigste er likevel den konkrete støtten i vanskelige saker, og at ikke avdelingslederen får en opplevelse av å stå alene i sin lederposisjon når det gjelder å håndtere motstand, konflikter og ved avgjørende beslutninger i avdelingen.

7.0 KULTURELLE HANDLINGSMØNSTRE

I det teoretiske grunnlaget har jeg bl.a. anvendt teorien om komplekse systemer som består av strukturer, prosesser og mønstre. En grunnleggende endring må omfatte både forbindelsene mellom disse tre faktorene og endringer innenfor den enkelte faktor. Mønstrene, som også kalles kulturelle mønstre, styrer vår tenkning og våre handlinger, og de kan gjenkjennes innenfor de 5 dimensjonene relasjoner, beslutninger, makt, konflikter og læring. Å gjenkjenne mønstre innenfor disse dimensjonene kan hjelpe oss til å forstå hva som kan hindre forbedringer, samtidig som vi også kan ha fokus på hvilke mønstre som er gjenkjennelige i en virksomhet som har vellykkede endringsprosesser. De fem sentrale kulturelle mønstre er også aktuelle i forhold til å vurdere ytringskulturen i en avdeling.

Avdelingslederne jeg intervjuet avdekker noen av de kulturelle mønstrene i avdelingene. Der er eksempler på handlingsmønstre som både fremmer og hemmer utviklingen av en åpen ytringskultur og en forsvarlig praksis. Plsek og Garrett (2005) understreker at kartleggingen av mønstrene ikke er et mål i seg selv, men at de må gjenkjennes og beskrives for å kunne påvirkes som et ledd i en kvalitetsutvikling. Jeg kan i dette prosjektet ikke si noe om forholdet mellom mønstrene og tjenestetilbudet i den enkelte avdeling. Det er bare avdelingslederne av aktørene i avdelingen som har uttalt seg, og jeg har heller ikke gjort noen uavhengige observasjoner av helsetjenesten. Dette er heller ikke noen komplett kartlegging av mønstre, men er eksempler på hvordan en slik kartlegging kan gi økt forståelse for kompleksiteten i et system, og få fram spenningen som kan være mellom de ulike aktørenes verdier, mål og perspektiv. Eksempler på kulturelle mønstre som fremmer ytringskultur, utvikling og læring kan en også bruke til å påpeke endringsbehov i andre avdelinger som er preget av kulturelle mønstre som svekker ytringskulturen og dermed evnen til utvikling og læring.

7.1 Relasjoner

Skaper relasjonene energi og motivasjon til endring og utvikling, eller preges de av frustrasjon og energilekkasje som svekker både ytringskulturen og organisasjonens evne til utvikling og læring? Plsek og Garrett(2005) tar i sin artikkel utgangspunkt i Zimmermans og Haydays modell for ”skapende forhold” i en kompleks organisasjon. Modellen beskriver fire faktorer som må være tilstede for at relasjonene skal oppleves gode og føre til utvikling og nytenkning. Den første faktoren er **gjensidig respekt** for hverandre enten mellom enkeltpersoner eller i forhold til en gruppe. Den andre er hvorvidt partene har en **dyp forståelse** for hverandre som de har utviklet gjennom en dialog. Den tredje faktoren er om de har utviklet **felles**

handlemåter hvor de både kan utføre noe sammen og lære noe sammen. Den siste faktoren er om de har **felles mål og verdier** som en overbygning til tross for ulikheter.

Det avdelingslederne i denne studien avdekker av relasjoner er først og fremst i forhold til sine medarbeidere, i tillegg har de en relasjon til sine overordnede og til andre ledere på sitt nivå og til medarbeidere som de ikke har et personalansvar for. I det følgende er det først og fremst relasjonen mellom avdelingssleder og medarbeideren jeg bruker som eksempel.

Et eksempel på en relasjon som ikke opplevdes god, og som burde vært forsøkt endret er forholdet mellom avdelingslederen Mari og en av hennes medarbeidere som ofte leverte avviksmeldinger med årsak i for lav bemanning eller manglende kompetanse hos innleide vikarer. Mari ga uttrykk for at hun ikke alltid var enig med henne i at det hun meldte var avvik, og hun innrømmet at hun ble irritert fordi hun meldte så mye. Hun opplevde henne som en belastning, og hadde tatt opp dette forholdet med sine overordnede. Det virker som at Mari får støtte i sitt syn på denne medarbeideren.

”Det er vanskelig, - hun skal slutte, og hvis jeg skal være ærlig så, ja, og det er det ikke bare jeg som synes, - så synes jeg det er godt.

Jeg ser at ok, nå er det kommet inn en avviksmelding fra henne og jeg tenker åhhh, hva er det nå. For jeg synes kanskje at hun melder, ja, det er veldig mye på meldingene som kanskje ikke skulle vært meldt.

Jeg har diskutert det litt med både oversykepleier og avdelingssjef, og ... Ja, og hun er vel en av de som ikke er så enkle å snakke med. Og hun opplever nok også dette med meg også at jeg ikke er lett å snakke med.”

Det kommer også fram i samtalen med meg at denne medarbeideren både er tillitsvalgt og verneombud, og Mari åpner for at hun kanskje melder mye på grunn av de rollene hun har som det også. En som er tillitsvalgt og verneombud skal si i fra når de mener det er uforsvarlig bemanning på jobb, både av hensyn til pasienter og personalet. Når Mari er uenig i om det hun melder er avvik så kan det tyde på at de har en ulik virkelighetsforståelse.

Det er opplagt at denne relasjonen ikke preges av dyp forståelse eller felles mål og verdier. Hvorvidt de mangler respekt for hverandre kan jeg ikke si, men de har heller ikke utviklet en samhandling som gjør at de finner en måte å takle uenigheten på. En slik relasjon fører ikke til nytenkning og utvikling, snarere til etablering av forsvarsrutiner.

For å komme videre tror jeg de må fokusere på relasjonen dem i mellom, mens de lar avviksmeldingene ligge. Klarer de å innta den andres perspektiv gjennom å lytte til hvordan

den andre tenker om det som blir forsøkt kommunisert gjennom avviksmeldingene, vil de kunne utvikle en bedre forståelse for hverandre. Dette vil kunne føre til at de endrer strategi i sin måte å kommunisere på. En endring vil som regel være nødvendig fra begge sider. De bør utfordres til å snakke om hvilke mål og verdier de setter høyest, og finne ut om de er grunnleggende uenig eller om de bare snakker forbi hverandre. Intensjonen med meldingene fra denne medarbeideren kan være at hun ønsker å bedre kvaliteten på tjenesten for pasientene. I følge Ahern og McDonald's studie (2002) om oppfatningen varslere og ikke-varslere hadde av egen yrkesrolle, kom det fram at varslere hadde en sterk ansvarsfølelse for pasienten og oppfattet seg i sterk grad som pasientens advokat. Selv om denne medarbeideren er faglig dyktig og genuint opptatt av pasientene burde hun også merke seg at hun ikke når fram med strategien hun har valgt. Mitt inntrykk er at Mari oppfatter den som konfronterende og konfliktskapende, og ikke som et konstruktivt bidrag til å sikre god kvalitet i avdelingen. En annen avdelingsleder, Grete, var inne på at hun av og til følte at avviksmeldingene ble skrevet for å straffe henne som leder. Dette kom ikke frem i denne saken, men det minner oss på at motivene og drivkreftene vi har i våre handlinger, også når vi melder avvik eller behandler avvik, bør vær gjenstand for ettertanke og refleksjon.

Også Mari må kunne innta medarbeiderens perspektiv, spesielt ut i fra dennes rolle som tillitsvalgt og verneombud. Selv om jeg mener at begge parter har ansvar for å skape en god dialog vil jeg understreke at det først og fremst er lederen som må legge til rette for at det er rom for å ta opp en problematisk relasjon. Flere av informantene, bl.a. Vilde og Guro var oppmerksomme på lederens makt til å direkte eller indirekte sette dagsorden for hva som var mulig å ta opp for de ansatte.

Å arbeide med problematiske relasjoner er ikke lett, og det kan være forståelig at Mari reagerer med lettelse for at problemet "løser seg" ved at medarbeideren slutter. Problematiske relasjoner er som regel komplekse og sammensatte, og det kreves gjerne en prosess over tid for å bedre forholdet. Slike relasjoner kan virke energitappende, og jeg mener det må være tillatt å vurdere om det er mulig å forbedre relasjonene eller om det beste er å avslutte arbeidsforholdet. Heldigvis er ikke alle vanskelige relasjoner så alvorlige. Det har også betydning om det gjelder en relasjon mellom kollegaer eller mellom overordna og underordna.

Erkjenner vi at relasjoner er viktige for å få en åpen og anerkjennende kultur i avdelingen så kan det være nyttig å diskutere hvordan relasjonsmønstrene er i avdelingen. Plsek og Wilson (2001) påpeker i en artikkel om ledelse at relasjonene mellom aktørene i en kompleks organisasjon er viktigere enn aktørene selv. Christensen og Johannesen (2005) hevder at dette

får konsekvenser for lederrollen, og sier at lederskapet vokser fram gjennom de daglige relasjonene mellom aktørene.

Som avdelingsleder kan ikke Mari forvente å ha full kontroll og harmoni i sine relasjoner fordi hun ikke kan forutse eller bestemme andres reaksjonsmønster. Organisasjonene er i følge teorien om komplekse organisasjoner et levende system med uavhengige aktører i et samspill. Mari og de andre avdelingslederne må kunne takle uforutsigbarhet og uventede reaksjoner på det de sier og gjør. Det er gjennom uenighet og brytninger en kan oppleve vekst og utvikling, mens likhet og harmoni kan stagnere en organisasjon. Forutsetningen er at en leder klarer å utnytte uenigheten som en ressurs ved at beslutninger og endringsprosesser blir vurdert og behandlet ut i fra alle innvendinger og motforestillinger slik at beslutninger blir tatt på et bredest mulig grunnlag. Men vi vet også at konflikter og uenighet kan ha nedbrytende krefter i seg. Jeg opplever at både Mari og medarbeideren hun forteller om opplever konfliktnivået i relasjonen nedbrytende. Hvis Mari forstår prosessene i et komplekst system vil hun gjennom å være en utforskende og deltagende leder kunne påvirke relasjoner og prosesser i avdelingen. Det er imidlertid viktig å merke seg at ikke alt som er kjent kan endres, men i følge Plsek og Garret må en erkjenne og beskrive mønstrene før en kan ha mulighet til å endre dem. Relasjoner som skaper negative følelser hos involverte aktører, slik som irritasjonen hos Mari, bør en i alle fall våge å gå inn i med tanke på å forbedre relasjonen før den oppleves uopprettelig.

7.2 Beslutninger

Kulturelle mønstre innenfor beslutningsprosesser handler først og fremst om å se på hvordan beslutningene tas, hvem som beslutter, og hvorvidt det skjer i kraft av å inneha en stilling eller med bakgrunn i kompetanse. Hvordan beslutninger tas handler også om det skjer effektivt og innen rimelig tid.

Jeg har i kapittel 6.5 tatt opp betydningen av at lederen klarer å skille mellom rutinemessige og avgjørende beslutninger, og at beslutningsprosessene foregår i forhold til det. Hvor effektive og vellykkede beslutningene er, avhenger ofte av en slik forståelse. Eksempler på ulike beslutningsmønstre som utmerker seg i mitt materiale finner jeg innenfor fire forskjellige områder. Det er for det første de prosessene som involverer avdelingsleder og medarbeiderne, så er det beslutningene som omfatter avdelingsleder og ledernivået over, og ikke minst beslutningsprosesser hos den enkelte profesjonsutøver eller mellom dem. Det fjerde området

er beslutningsprosesser som inkluderer pasienten og gir dem innflytelse. Alle disse beslutningsprosessene kan si noe om ytringskulturen i en avdeling.

Når det gjelder pasientenes innflytelse i beslutningsprosesser som angår dem direkte har jeg ikke vektlagt det i dette prosjektet. Men i intervjuene med avdelingslederen kommer det frem at ingen avdelinger har egne undersøkelser i forhold til pasienttilfredshet. Det kommer også frem at det er litt tilfeldig om de bruker de større brukerundersøkelsene ved sykehuset som et ledd i eget forbedringsarbeid. Det kan derfor virke som at satsingen til Helsedirektoratet om å forbedre pasientenes innflytelse på alle nivå er relevant.

Som eksempel på beslutninger som involverer både leder og medarbeidere er hvordan beslutningene tas om hva som er god nok bemanning til enhver tid. Avdelingslederen skal sikre at helsetjenesten de yter i avdelingen er innfor faglige og juridiske rammer i tillegg til at de økonomiske rammene overholdes. Noen avdelingsledere fyller denne funksjonen ved å gå inn i en rolle som tydelige rammevoktere, og er de som tar beslutningen om hva som er god nok bemanning. Mari henviser til at sykepleierne kan konsentrere seg om sine pasienter i avdelingen, og kommer med ønsker og behov for ressurser i forhold til dem, mens hun som avdelingsleder må se på helheten.

Kari framhever den enkelte profesjonsutøvers skjønn, at det er bare den som står i pasientrelasjonene der og da som kan avgjøre hva som er riktig å gjøre. Ikke alle lot de ansatte være så autonome i sin funksjon fordi det krever at sykepleierne er erfarne, og at de har både en faglig og en organisatorisk kompetanse som grunnlag for beslutninger. Flere avdelingsledere sier at de har medarbeidere hvor de må justere opp kvalitetsnivået samtidig som de har medarbeidere som de må be om å senke ambisjonsnivået.

Til tross for at avdelingslederne i kraft av sin rolle kan ta beslutninger alene om bemanning så er det flere som nevner at de rådfører seg med erfarne ansatte i avdelingen som de mener har god innsikt i å vurdere behovet. Dette kan tyde på at de er bevisste på å ha faglig god dekning når de avgjør hvor mange det skal være på vakt, samtidig som det kan være et behov for å søke legitimitet for sine beslutninger blant dem det angår.

Hvordan vaktene bemannes både når det gjelder antall og kompetanse er viktig for de profesjonsutøvenes mulighet til å gi en etisk og faglig forsvarlig pleie og omsorg. Både Grete og Mari fikk avviksmeldinger som var begrunnet i for lav bemanning eller at der var få med den nødvendige kompetansen på jobb. Beslutningene om hva som er riktig bemanning i

forhold til faglig forsvarlighet er derfor en av de beslutningsprosessene som også bør involvere de profesjonsutøvende som har best faglig innsikt og kjennskap til pasientene.

Som avdelingsleder skal en følge kvalitetskriterier så vel som økonomiske rammer. Både Grete og Guro poengterte at kvalitetsmålene fra de som styrer de økonomiske rammene er uklare, mens de økonomiske målene blir klart formidlet og etterspurt. Dette er vel en av årsakene til at bemanningsspørsmålene ofte dreier seg om hvilken standard har vi råd til innenfor rammene, og ikke hvilke rammer en faktisk trenger hvis en skal holde kvalitetsmålene slik de beskrives av Sosial - og Helsedirektoratet (2007).

Avdelingslederne opplever også at deres overordna kan ta beslutninger som angår dem og deres arbeidshverdag uten at de blir involvert i beslutningsprosessen. Dette skaper frustrasjon spesielt når de føler oppgaver blir tredd nedover dem uten at de har fått være med på å utvikle verktøyene. Guro er bl.a. pålagt å gjøre en risikoanalyse, men opplever at verktøyet for risikovurderingen ikke fungerer så godt. Hun sier at prosessene rundt dette har vært dårlig, og at de ikke har fått være med på å utvikle verktøyet som skal brukes. Dette tror jeg vil svekke risikovurderingen, og jeg ser dette som et eksempel på at beslutningsprosesser om hvordan en oppgave skal utføres også bør inkludere de som skal utføre oppgaven. Det vil gi en forståelse for hvorfor dette må gjøres, samtidig som en slik dialog i følge Beer (2003) vil føre til motivasjon og eierskap i organisasjonen for å få utført oppgaven.

En tredje form for beslutningsprosesser som skjer i avdelingene er når den enkelte sykepleier i en pasientsituasjon avgjør hva som må gjøres. Slike beslutningsprosesser skjer hele tiden og er faglige baserte vurderinger og beslutninger. I avdelinger hvor sykepleiere har primæransvar for hver sine pasientgrupper må de ta mange beslutninger på egenhånd. All behandling og pleie skal dokumenteres noe som gjør at beslutningene kan etterprøves og vurderes i etterkant av andre. Guro var derimot en leder som var veldig opptatt av at sykepleierne ikke skulle jobbe alene. Hun la opp til at det skulle være en diskuterende stil i avdelingen, der de "tenkte høyt". Dette ga dem mulighet til å korrigere hverandre underveis. Den enkelte sykepleier eier på denne måte ikke beslutningen alene. De må tåle at andre kikker dem i korta, samtidig som de også har et ansvar for å engasjere seg i og støtte sine kollegaer i deres beslutninger.

Kulturelle mønster innenfor beslutningsprosesser handler først og fremst om hvordan beslutningene forgår, om de preges av åpenhet der ulike synspunkt får komme fram eller om prosessen er lukket og skjer ut i fra stillingsautoritet. En avdeling med en åpen ytringskultur mener jeg er preget av rom for de profesjonsutøvende til å bruke sin fagkompetanse i

beslutningsprosessene. De skal både kunne ta imot og gi innspill i forhold til arbeidet som blir gjort i avdelingen av dem selv og andre. Hvis lederen legger opp til en slik åpenhet unngår de også at kritikkverdige forhold kan holdes skjult fordi ingen ønsker å bryte taushetskulturen. Dermed blir det heller ikke så vanlig å glatte over og kompensere for andres dårlige arbeid.

Når det gjelder beslutninger rundt hvilken bemanning som sikrer en kvalitativt god tjeneste bør også de med fagkompetanse og størst nærhet til pasientene involveres. Hvis det ikke er samsvar mellom tilgjengelige ressurser og oppgaver vil også avdelingsleder i en åpen prosess bedre kunne vurdere om det ut fra faglige vurderinger likevel er forsvarlig eller om det er nødvendig å dokumentere til toppledelsen at det som skjer er uforsvarlig. Jeg tror mange avdelingsledere sliter med den skvisen de står i mellom fagmiljøet og lojalitet overfor rammene de er tildelt fra ledelsen over. Faugier og Woolnaugh (2002) vektlegger i sin artikkel om verdsetting av arbeidstakere som sier i fra at ledere kan skape en åpen ytringskultur ved å være synlige ledere som er lyttende og åpne i forhold til alt som vedrører organisasjonen. I kapittel 6 har jeg også belyst betydningen av åpne prosesser for å oppnå fellesskapsfølelse i kollegiet og en forståelse for nødvendigheten av endring og kontinuerlige forbedringsprosesser i avdelingen.

7.3 Makt

Plsek og Garrett kombinerer flere ulike modeller for å avdekke maktens mønstre i en organisasjon, og presenterer tre områder for kartlegging.

For det første poengterer de betydningen av å tenke over hva en trenger å bruke makten til, hvilke endringer er det behov for å få til i organisasjonen? Hvis en som Plsek og Garret, definerer makt som "*energi i bruk*", blir spørsmålet om hensikten med makten viktig å klargjøre.

For det andre er det viktig å beskrive tonen i makten, dvs. er der balanse mellom bruk av "*makt med*" og "*makt over*". "*Makt med*" betyr at en legger vekt på samarbeid for å oppnå noe sammen, mens "*makt over*" i større grad preges av regler og autoriteter som definerer hva en skal gjøre.

For det tredje kan en kartlegge kildene til makt i organisasjonene. **Belønningsmakt**, hvem har makt til å tilfredsstille, eller ikke, ens behov og ønsker? **Makt til å tvinge**, hvem har makte til å straffe eller skade andre? **Posisjonsmakt**, hvem er i posisjon i kraft av sin rolle til å få til et

samarbeid med viktige aktører? **Tiltrekningskraft**, hvem kan påvirke ved at de er respektert og anerkjent i miljøet? **Ekspert makt**, hvem har kunnskap og kompetanse nok til å influere viktige aktører i en prosess?

Avdelingslederne kan selv utøve flere former for makt i forhold til sine medarbeidere, og de utsettes for maktspill fra ledelsen over, fra medarbeidere og også andre aktører de har en relasjon til.

Mari og Grete som bruker for eksempel sin makt til å holde de økonomiske rammene. De demper en diskusjon om kvaliteten ved å vise til rammene. Flere av informantene, bl.a. Vilde og Guro var oppmerksomme på lederens makt til å direkte eller indirekte sette dagsorden for hva som var mulig å ta opp for de ansatte.

Grete opplever at de ansatte som hun ikke er enig med går forbi henne med sine avviksmeldinger. De bruker sin fagkompetanse og krever å bli hørt, og hun kan kjenne på avmakt i forhold til sine ansatte. *”Det er ikke lett, noen er jo også så inderlig veltalende og, så en føler seg som en sånn liten lort i kroken som ikke klarer å leve opp til sånt”*. (Grete)

Eksempel på ”makt med” er Brita som er opptatt av å vektlegge samarbeid og involvering i endringsprosesser. Hun fraskriver seg ikke ansvar, men er bevisst på at hun har ansvar for å holde kursen i endringsprosessen. Hun sier at hun vil involvere og ikke overkjøre sine medarbeidere.

Hanne legger en langsiktig strategi for å få alle med seg når det gjelder holdningsendringer i forhold til hvordan de møter enkeltpasienter. Hun bruker sin egen etiske dømmekraft til å få fram at dette handler om overtramp som ikke kan aksepteres. Hun har diskutert sakene i kollegiet, og har oppnådd en bred faglig støtte for at dette er uakseptabel praksis. Jeg oppfatter det som at hun bruker sin ekspertmakt når hun utfordrer de med posisjonsmakt, dvs. legene, deres leder og ledernivået over avdelingsnivået. Hun klarer tydeligvis å erkjenne hvem som har de ulike maktposisjonene, og utnytter det i forhold til å skape en åpenhet rundt det som har kommet fram som uforsvarlig praksis. Hun erkjenner også maktstrukturer når hun vektlegger at beslutningene om å sette etikk og hvordan de møter enkeltpasienter på dagsorden skal være forankret på ledernivå, og at det gjelder både ledernivået for de ulike profesjonsgruppene og på klinikknivå.

7.4 Konflikter

Konflikt kan i denne sammenheng betyr uenighet, dvs. ulike faglige oppfatninger om både situasjonen og hvordan den skal håndteres. Negative tilbakemeldinger kan også bli tatt sårende og personlig og dermed i seg selv være konfliktskapende.

Alle avdelingslederne i denne studien opplever en viss uenighet i hva de legger i forsvarlig praksis. Det er spesielt hva som er etisk forsvarlig det er uenighet om. Størst forskjell opplever de det er mellom yrkesgruppene, for eksempel mellom sykepleier og leger. Det betyr at en må være spesielt oppmerksom på å utvikle relasjonene innen de ulike mikrosystem slik at uenighet og ulike forståelser av forsvarlighetsbegrepet ikke skal utvikle seg til en destruktiv og vanskelig konflikt.

De fleste uttrykker at de verdsetter uenigheten, og at det er plass til ulike meninger så lenge det ikke går på det de oppfatter som grunnleggende etiske kjerneområder. Brita er for eksempel en som bevisst provoserer fram uenigheter som hun vet ligger der, slik at de blir tvunget til å ta stilling og tenke nytt. Hun utnytter uenigheten som kraft til utvikling. På denne måten blir uenighet og motstand utnyttet som en ressurs (Orvik 2004).

Uenighet kan også være destruktivt og vanskelig å håndtere slik vi ser i relasjonen mellom Mari og den ansatte som varslet så mye. Destruktiv konflikt ser vi også tilløp til i personalgruppen til Hanne når noen kaller det angiveri og ønsker å bagatellisere den kritikkverdige oppførselen til en i legeteamet. Slike konflikter kan være krevende for alle parter å arbeide seg ut av. Det vil kreve læring både på individuelt og kollektivt nivå.

7.5 Læring

Hvordan skjer læring i organisasjonene? Er arbeidsmiljøet preget av nysgjerrighet og vilje til nytenkning, eller oppleves alt nytt som en trussel? Spres ny kunnskap seg raskt, og i hvilken grad settes den ut i praksis? Plesk og Garret har også innenfor dette området anvendt flere teorier for å lage en modell som kan kartlegge læringsmønsteret i organisasjonene. Modellen de bruker er å kartlegge balansen mellom ytterpunktene innenfor følgende syv områder.

1. Er kunnskapen i hovedsak innhentet utenfra eller er den utviklet intern
2. Er resultatene eller de interne arbeidsprosesser viktigst
3. Individuell kompetanseutvikling kontra kollektiv kompetanseutvikling
4. Spres kunnskapen internt gjennom formelle eller uformelle fora

5. Er målsettingen å få endringer perfekte med en gang eller er det tillatt med prøving og feiling
6. Lederstil som gjennomgår og evaluerer eller som lærer gjennom involvering
7. Vektlegging av problemløsning her og nå kontra redesign og nytenkning

Kunnskapsutvikling skjer på mange områder i en sykehusavdeling. Jeg vil her først og fremst fokusere på om de vektlegger læring på bakgrunn av avvik som meldes. Det er et gjennomgående funn i materialet mitt at tilbakemeldingene på avvik og hvorvidt de fører til en organisatorisk læring er mangelfull eller i det minste tilfeldig. Tilbakemeldingsrutinene bærer preg av informasjon mer enn læring. Informasjon kjennetegnes av enveiskommunikasjon, mens læring krever refleksjon og at en aktivt tar stilling til det som en får kjennskap til. En slik innlæring vil i neste omgang føre til en videre kunnskapsutvikling og kunnskapsanvendelse ved at en tar i bruk det en har lært, og endrer måten å gjøre arbeidet på. Organisatorisk læring får vi når endringen i arbeidsprosessene i avdelingen skjer uavhengig av enkeltpersoner. Irgens (2007) beskriver flere filter mellom disse nivåene i læringen som kan hindre arbeidsfelleskap i å tilegne seg og implementere ny kunnskap.

De fleste sender avvikene over til kvalitetsutvalget som så lager kvartalsvise rapporter som alle har tilgang til. Rapportene formidler fakta og resultatet av behandlingen i kvalitetsutvalget. I følge Hanne blir de heller ikke lest av alle. Hanne er derfor opptatt av hva som gjøres i avdelingens egne møter, *”hvordan vi viser disse hendelsene, ikke bare tallene. Og det er det jeg tenker at vi må få en strategi på at det er sånn vi starter her i klinikken, at vi har alt åpent.”* Dette mener jeg viser en god balanse mellom å fokusere på både resultat og interne arbeidsprosesser. Det viser også at en kan utvikle kunnskap internt gjennom slike prosesser.

”Hvis du lykkes med det så får du en avdeling som hele tiden er dynamisk og de oppdrar hverandre i hvordan vi vil ha det, men du er nødt for å skape en endring først og så vedlikeholde den.” (Hanne)

Balansen mellom å innhente kunnskapen utenfra og å utvikle den internt mener jeg Hanne og resten av avdelingen ivaretok ved at de hadde etikkseminarer med eksterne fagpersoner som var med på å sette etikk og holdninger på dagsordenen.

Jeg tror mange har lett for å tenke at kunnskapen som tilføres oss av eksterne aktører har større gyldighet og gjennomslagskraft enn personer fra egne rekker, men da tror jeg vi taper noe i forhold til den verdien som ligger i å kunne bygge videre på det som allerede er bra. Grete som opplever at få slutter opp om internundervisningene og at veiledningsgruppene ble avviklet for noen år siden fordi de ikke opplevdes nyttige, kan oppleve motløshet i forhold til å få til noe.

Det er derfor flott når hun nevner ”torsdagskaffen” som et positivt tiltak hvor de tar opp aktuelle saker og hendelser og har en spontan refleksjon rundt sakene som kommer opp. Denne ordningen vil hun ”tviholde på”. Jeg tror at det nettopp er viktig å lokalisere hva det er som fungerer godt for så å la noe nytt vokse fram fra det. Det vil gi et eierforhold til det ”nye”. Dette vil kunne ta tid, og en må som leder kunne vurdere om eventuelle forbedringsprosesser bør skje raskt og kontant eller om en kan la det foregå som en prosess over tid.

Jeg tror at fordelen med det som vokser fram som intern kunnskap er at det gir motivasjon og økt selvtillit som gruppe. I tillegg gir det også en kompetanse i å drive kontinuerlig forbedring som en naturlig del av kjernevirksomheten. Her tror jeg også noe av motsatsen ligger til den negative innvirkningen avviksmeldinger kan ha på trivselen og selvtilliten i organisasjonen. Hvis en klarer å lokalisere og forsterke det som er god praksis er en også bedre rustet mot at endringer ødelegger noe som fungerer godt. Slike organisasjoner vil også få tydeligere fram gevinsten ved å melde fra fordi fokuset med en gang legges på forbedringsarbeidet.

Vilde er fra en avdeling der de har vektlagt mye refleksjon og diskusjon om hva som er etisk og faglig forsvarlig praksis, og hun opplever at det er ”en vilje og en evne til å snakke om det”. Hun mener det har skjedd mye i forhold til dette de siste årene.

”Jeg synes faktisk at vi gir mer rom for det i dag enn det vi har gjort tidligere, at dette må vi diskutere for dette går ikke an fordi vi kan påføre uskyldige ting som vi ikke har intensjoner om å gjøre, så dette må vi snakke om for å bli bedre på.” (Vilde)

Dette viser at mange er underveis. Nå som systemene for å melde avvik er etablert, kan en kanskje begynne å fokusere mer på hvordan en utvikler en god læringskultur i avdelingene på bakgrunn av det som avdekkes. Å utvikle en sikkerhetskultur der kontinuerlig forbedringsarbeid er en naturlig del av det daglige arbeidet er ikke det samme som å innføre et meldesystem, men både system og kultur er gjensidig avhengige av hverandre for å nå kvalitetsmålene i helsetjenesten.

Jeg viste innledningsvis til Hanssen, direktør i helsetilsynet, som på lederplass i tilsynsrapporten for 2006 sier at helseorganisasjonene ikke er lærende organisasjoner fordi de samme feilene blir rapportert igjen og igjen til tross for at de i sin saksbehandling har anbefalt endringer som skal forebygge tilsvarende feil. Selv mener jeg at læring skjer hele tiden, men at en ikke alltid er bevisst på hvilken lærdom en fører videre i en organisasjon. Argyris (1990) kaller det innøvd inkompetanse når feilene skjer igjen uten at det reflekteres over det, de tas for gitt samtidig som en etablerer nye handlingsmønster som skal dekke over eller kompensere for

feilene. Han hevder alle organisasjoner inneholder innøvd inkompetanse som igjen skaper organisasjonsmessige forsvarsmønstre.

Skal en som leder klare å bygge en åpen ytringskultur er det viktig å avdekke organisasjonens forsvarsrutiner. I følge Argyris er forsvarsrutinene sterke, og av en slik karakter at de også tildekkes og omgås i stedet for at de konfronteres. Jeg ser at noen av avdelingslederne beskriver slike forsvarsmekanismer i funksjon. For eksempel Vilde som viser til medarbeiderne som ikke vil melde fra, men heller vil ta opp saken selv med den det gjelder. De kjenner medarbeiderne det gjelder, og føler det pinlig på deres vegne det som skjer. De ønsker derfor "å rydde" i det stille. De samme mekanismene er i bruk når medarbeidere uttrykker forståelse for den som oppfører seg kritikkverdig fordi vedkommende sikkert er stresset. De velger heller å fokusere på de gode sidene til vedkommende som for eksempel faglig dyktighet, i stedet for å ta tak i det som ikke er så bra. Denne tildekkingen og nedtoningen av forhold som er i strid med etiske retningslinjer og organisasjonens verdier og visjoner er vanskelig å bryte. Dermed etableres og vedlikeholdes den kritikkverdige praksisen selv om det ikke finnes noen formell støtte for det.

Eksempelet fra Hannes avdeling om en lege som gjentatte ganger har oppført seg kritikkverdig overfor pasienter viser tydelig tildekking og kompensering fra de andre i helseteamet. Det var noen forholdsvis nyansatte som tok saken opp på et etikkseminar. Siden dette viste seg å være kjent for mange stilte de nyansatte også spørsmål om hvorfor ingen hadde tatt opp dette før, men de fikk ikke noe svar på det i følge Hanne. Hanne selv tror at mange er villige til å glatte over og kompensere ved å yte mer selv for å slippe å ta opp saker som er pinlige eller truende for noen i kollegiet. Dette gjør de for å redusere ulempene for pasienten, men uttrykker samtidig forståelse for den som handler kritikkverdig. Jeg tror at mange føler de gjør det rette ved å handle slik, spesielt overfor pasienter og pårørende som er direkte involvert. Men de mangler en langsiktig og overordnet tenkning når de bidrar til å ordne opp i det stille her og nå. Vilde er klar på at en slik måte å håndtere kritikkverdig praksis på er å skåne dem vi jobber i lag med og ikke pasienten.

Argyris (1990:154) skriver at *"hvis uetiske handlinger skal lykkes må de utformes slik at de ikke ser dagens lys"*. Det betyr at de fleste må være sammen om å skape en kultur som tillater at uetisk atferd skjer, og at mekanismene for å skjule det som skjer heller ikke er åpenbare for omgivelsene. Det er i følge Argyris en endeløs rekke med dagligdagse handlinger som *"demper individers oppmerksomhet"*. (1990:154)

Når Hanne får spørsmål om hva hun som leder gjør når hun ser at noen demper eller kompenserer for kritikkverdig praksis svarer hun at hun selv kan fronte saken videre hvis de gjør dette fordi de er redd for sanksjoner fra kollegaer. Hun må som leder være tydelig på kvaliteten som skal være i avdelingen, noe som gjøres ved å ta slike saker må alvorlig.

”så må de sakene som kommer opp bli tatt så alvorlig at man ser at her er det faktisk vi aksepterer ikke det nivået, vi skal ha et annet nivå. Og det er et lederansvar etter min mening

Hvis du lykkes med det så får du en avdeling som hele tiden er dynamisk og de oppdrar hverandre i hvordan vi vil ha det, men du er nødt for å skape en endring først og så vedlikeholde den.”

Dette sitatet viser betydningen av at forsvarsmønstrene gjenkjennes, brytes og reduseres av en leder. Hun kunne valgt som mange andre ledere å ordne opp i det stille og oppnå en del med det også, men av og til er det riktig med litt mer støy som utfordrer verdier og holdninger som er styrende for tanker og handlingsmønstre. Argyris (1990) kaller dette dobbelkretslæring fordi en er opptatt av å se på hvorfor problemene har oppstått, og ikke bare løse det synlige problemet. Dette vil kreve en leder som finner balansen mellom å gjennomgå og evaluere eller som lærer ved involvering. Det forutsetter også balanse mellom individuell og kollektiv læring. Skal en skape en organisatorisk endring må den nye og forbedrede måten å arbeide på være så integrert at den er uavhengig av hvem som er på jobb og møter pasientene, - kvaliteten må uansett være god. Derfor tror jeg det er viktig både å satse på kursing og videreutdanninger for enkeltpersoner, men at en også må fokusere på hvordan en skal bli gode sammen. Både formelle og uformelle diskusjoner og refleksjoner rundt det en gjør i hverdagen er tiltak som fremmer den kollektive læringen. Swart og Pye sin Trippel Helix modell er nettopp utviklet med tanke på hvordan organisasjonen kollektivt kan utvikle og etablere en forbedret praksis. Den tar som kjent utgangspunkt i konkrete hendelser fra praksis, og legger til rette for en kreativ dialog i gruppen hvor ulike perspektiv kommer fram. Deretter må en enes om en kollektivt endret praksis, som så igjen kan danne grunnlag for refleksjon, evaluering og forbedring.

Kulturelle mønstre og organisasjonsmessige forsvarsmønstre er overlappende fenomener som griper inn i hverandre. I det praktiske liv er det vanskelig å skille dem fra hverandre slik det er gjort i dette kapittelet. Jeg oppfatter disse mønstrene som viktige for å forstå hvordan en kan etablere en åpen ytingskultur der det er rom endring og utvikling. I dette kapittelet har jeg fokusert på hvordan disse mønstrene kan gjenkjennes, og har gitt eksempler fra praksis. Hvordan mønstrene kan endres har jeg ikke gått i dybden på i dette prosjektet, men har vist at å anvende metoder for å gjenkjenne og beskrive mønstrene kan være et første steg i en nødvendig endringsprosess mot en åpen ytingskultur der kontinuerlig forbedringsarbeid er en del av det daglige arbeidet til både ledere og profesjonsutøvere.

8.0 AVSLUTTENDE KOMMENTAR OM AVDELINGSLEDERFUNKSJONEN

I innledningen viser jeg til at noen medarbeidere velger å ”ikke se” eller ”ikke høre” og heller ”ikke si noe” når de blir kjent med kritikkverdig praksis. Avdelingslederne som ble intervjuet i denne studien viser at det er en stor utfordring å virke innenfor en slik kultur, og å skulle endre den. Det krever både faglig kompetanse og personlige egenskaper for å etablere en åpen og anerkjennende kultur med vekt på læring, refleksjon og utvikling.

Helsetjenesten er i stadig endring, og øker i kompleksitet. Faren for å gjøre feil er stor, og det blir stadig viktigere å organisere arbeidet og samhandlingen slik at kvaliteten på helsetjenesten blir ivaretatt. Det er arbeidsgivers ansvar for å legge til rette for dette, selv om det ikke fritar den enkelte medarbeider fra å handle etisk og faglig forsvarlig ut fra lovverk og yrkesetiske retningslinjer. Alle i en organisasjon har også ansvar for å bidra til å skape en kultur som ikke dekker til eller nedtoner dilemmaer som oppstår. Ønske om å ”rydde eget hus, men å gjøre det veldig stille” kan gi en kortsiktig gevinst, men det fører ikke til noen gjennomgripende endringer i struktur, prosess eller kultur, - det kreves derimot åpenhet og involvering.

De økonomiske resultatmålene er tydelig innen helsetjenesten i dag gjennom finansieringssystem som i stor grad er et stykkprissystem der mange oppgaver ikke så lett lar seg innpasse. Dette kan føre til at helhetstenkningen og verdigrunnlaget til organisasjonen blir satt til side for å nå kortsiktige økonomiske mål. Endringer som berører verdigrunnlag og holdninger krever prosesser som involverer alle nivå i organisasjonen, og disse prosessene krever tid og må følges opp til de er integrert og forankret i kulturen. En leder må kunne skille mellom når kritikkverdig praksis forutsetter beslutninger som krever enkle grep, eller når det handler om avgjørende beslutninger som fører til gjennomgripende endringer i organisasjonen.

8.1 Konklusjon

Problemstillingen jeg har arbeidet ut i fra er todelt. Den første delen omfatter erfaringene avdelingslederne har i forhold til avvikshåndteringen, mens den andre delen fokuserer på ledelse og utvikling av organisasjonen. Funn vedrørende begge disse områdene har jeg drøftet opp mot et valgt teoretisk perspektiv, og kan ut fra dette trekke noen konkrete anbefalinger for dette ledernivået.

Avdelingslederne som i hovedsak er de som mottar avviksmeldingene, opplever at antall meldinger øker betydelig når de har fokus på at avvik skal meldes. Også mottaket og

håndteringen av meldingene blir vektlagt som avgjørende for om medarbeiderne fortsetter å melde i fra når de opplever noe kritikkverdig. Håndteringen av avvik som meldes har derfor stor innvirkning på ytringskulturen ved en arbeidsplass. Det jeg observerte var vanskelig for avdelingslederen å takle var meldinger som var begrunnet med manglende samsvar mellom oppgaver og bemanning.

Det er derfor spesielt to områder jeg mener dette ledernivået utfordres spesielt på når det gjelder avvikshåndtering og kvalitetssikring i helsetjenesten.

For det første må de på vegne av seg selv og sine medarbeidere bedre kunne utfordre styringssignaler og krav ovenfra når de ikke er på linje med pasientenes behov. Det er tydelig at dette oppleves vanskelig for mange, spesielt de som representerer store sengeposter. Som avdelingsledere opplever de tydelig lojalitetskonflikter og krysspress fra både medarbeidere, pasienter, pårørende og ledernivåene over. Dette kan langt på vei løses ved å utvikle en felles forståelse for hva som er faglig og etisk forsvarlig praksis. En slik forståelse må inkludere alle i mikrosystemet samt ledernivået. Det er i følge Selznick's syn på ledelse en lederoppgave og initiere og lede slike verdiprosesser. Flere avdelingsledere ga uttrykk for at de ikke hadde en god nok felles forståelse innad i pleiegruppen, andre igjen poengterte at det er størst ulikheter og uenighet på tvers av faggruppene, og noen uttrykte også at pasientene kunne ha urealistiske forventninger til hva de kunne tilby. Det kom også fram under intervjuene at i flere avdelinger var pasientenes innflytelse mer tilfeldig. De var først og fremst inkludert i brukerundersøkelser på et høyere nivå i organisasjonen uten at det nødvendigvis ble aktivt brukt i forbedringsarbeidet i avdelingene der pasientene møter helsepersonellet. Jeg mener at avdelinger som ønsker å jobbe med å utvikle en felles plattform for hva som er god praksis må benytte både formelle og uformelle møtepunkt til dette. De uformelle møtepunktene er viktige for å bygge trygghet i relasjoner som bidrar til at vanskelige saker blir tatt opp med ledelsen. Videre må det satses mer på tverrfaglige samlinger i avdelingene, og de må inkludere pasientenes stemmer i debatten om hva som er en god helsetjeneste

Å skape en åpenhet i avdelingen om hva som er god praksis og hva som ikke er det, er det andre området jeg mener dette ledernivået må vektlegge. Det vil også gi dem bedre muligheter til å skape endring og utvikling som er forankret hos dem som er involvert i oppgavene. Prioriteringer og gode løsninger innenfor rammene kan de bare oppnå gjennom involvering av alle aktørene i systemet dvs. pasienter, medarbeidere og samarbeidspartnere som inngår i mikrosystemet til den enkelte pasient.

De fleste kvalitetskriteriene måles der pasientene møter helsepersonellet. Avdelingslederen er i en nøkkelrolle når det gjelder å skape en kultur som er preget av refleksjon, læring og utvikling blant de profesjonsutøvende. For å mestre kravene og forventningene til avdelingslederrollen kreves det både kunnskaper, ferdigheter og personlige egenskaper. De skal fungere innenfor områdene fag, drift og ledelse, og ikke alle mestrer hvert område like godt. Jeg vil derfor trekke fram to konkrete områder sykehuseierne, de øverste arbeidsgivere, må være oppmerksomme på i forhold til å verdsette og styrke dette ledernivået.

For det første er det viktig å bygge opp lederteam rundt avdelingslederne på de store avdelingene slik at også ledelse og faglig utvikling, i tillegg til den daglige driften, kan ivaretas som en naturlig del av det daglige arbeidet. Arbeidsgiver bør legge til rette for lederteam som kan utfylle hverandre, og sørge for tilstrekkelige rom til å arbeide med både fag, drift og ledelse på en måte som ivaretar og fremmer kvaliteten.

For det andre må arbeidsgivere se behovet for å styrke den faglige og personlige kompetansen hos lederen på dette nivået. Arbeidsgivere må ta ansvar for at dette ledernivået ikke bare handler om rasjonelle oppgaver og beslutninger, men at det også er emosjonelt utfordrende spesielt når det gjelder avvikshåndtering og påfølgende forbedringsarbeid. Støtten fra overordnede og interne lederutviklingsprogram må kunne fokusere på faglig utvikling og samtidig ivareta den menneskelige siden ved det å være leder.

Avdelingsledelse handler som sagt om både fag, drift og ledelse, men ikke alle prioriterer en ledelse som vektlegger prosessene i avdelingen like mye som resultatene de oppnår. (Jeg mener) ledelse handler mye om å forstå de kulturelle mønstrene som preger avdelingen, og å vite hvordan de kan påvirkes og endres. Slike endringer forutsetter utforskende og deltagende ledere som kan initiere prosesser uten at de på forhånd helt kan forutsi alle konsekvensene. Det krever mot, - mot til å åpne opp for dialogen i kollegiet, og mot til å utfordre styringssignaler når det ikke er samsvar mellom kvalitetsmål og resultatmål. En måte å etablere et slik mot på er å bli bevisst på hva de kan utrette i kraft av sin rolle som avdelingsleder, og i hvor stor grad de i ly av sin rolle må handle på tvers av egne faglige og etiske overbevisninger, - kanskje det siste ikke er så ofte som noen tror.

Etterord

Kunnskapen er viktig, den skal kunne påvirke, forandre og bekrefte,
men ikke alt som forties skyldes mangel på kunnskap.
Mot til å følge det hjertet alltid har visst kan faktisk være det eneste som mangler.

.....

År ut og år inn har du site
bøyd yver bøkene,
Du har samla deg meir
kunnskap
Enn du treng til ni liv.
Når det kjem til stykket, er det
So lite som skal til, og det vesle
har hjarta alltid visst.

.....

av Olav Hauge

Litteraturliste.

- Ahern, Kahtryn and McDonald, Sally (2002) "The beliefs of nurses who were involved in a whistle blowing event." *Journal of Advanced Nursing* 2002 38(3): 303-309.
- Argyris, Chris. (1990) *Bryt forsvarsrutinene. Hvordan lette organisasjonslæring* Universitetsforlaget / Prentice Hall Internasjonal
- Bate, P., Kahn R. and Pye A. (2000) "Towards a Culturally Sensitive Approach to Organization Structuring." *Organization Science*. 11(2): 197-211
- Beer, M. (2003) "Why Total Quality Management Program Do Not Persist." *Decision Science*. 4, 34: 623-642
- Beer, M. and Eisenstat (2000) "The Silent Killer of Strategy Implementation and Learning". *Sloan Management Review* 41 (4): 29-40
- Beyer, J.M. et al. (1997) "Contrast in Enacting TQM: Mechanic vs. Organic Ideology and Implementation." *Journal of Quality Management*, 2 (1): 3-39
- Bolmann, Lee G., Deal, Terrence E. (2004) *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. Gyldendal akademiske forlag 3. utgave.
- Christensen, B. og Johannessen, S. (2005) "Et radikalt prosessperspektiv på organisasjon og ledelse." i Moldjord, Ch., Nordvik, H. Gravråkmo, A. (red) *Militærledelse og de menneskelige faktorene*. Tapir Akademiske Forlag
- Christoffersen, Svein Åge. (1994) *Handling og dømmekraft, etikk i lys av kristen kulturarv*. Tano Forlag.
- Christoffersen, Svein Åge. red (2005) *Profesjonsetikk*. Universitetsforlaget
- Dalen, Monica (2004) *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*. Universitetsforlaget.
- Dekker, Sidney W.A. (2002) *The Field Guid to Human Error Investigations*, Ashgate
- Ellefsen, B. og Foss, E. (2005) *Helseforskning*. Universitetsforlaget.
- Eriksen, Erik Oddvar (1999) *Kommunikativ ledelse – om styring av offentlige organisasjoner*. Fagbokforlaget
- Faugier, J and Woonough, H. "Valuing voices from below" *Journal of Nursing Management* (2002) 10: 315-320
- Foster, Tina C. Johnson, Julie K. Nelson, Eugene C. Batalden, Paul B. (2007) "Using a Malcolm Baldrige framework to understand high-performing clinical Microsystems." *Quality and Safety in Health Care* 2007;16:334-341.
<http://qshc.bmj.com/cgi/content/full/16/5/334#BIBL>

Graneheim, U.H. og Lundman, B. (2004) "Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness." *Nurse Education Today* 24, 105-112.

Grimen, Harald. (2006) *Profesjon og profesjonsmoral*. Arbeidsnotat nr 04/2006. www.hio.no/sps

Helse Midt-Norge (2007) *Retningslinjer for intern varsling og oppfølging av kritikkverdige forhold i helseforetakene i Helse Midt-Norge*. <http://www.helse-midt.no>

Helsetilsynet (2006) Tilsyndmeldingen

Hetle, A. *Munnkurv og varsling: en studie av ytringsfrihetens vilkår blant sykepleiere*. AFI rapport 2005:2. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet

Hjort, Peter F. (2007) *Uheldige hendelser i helsetjenesten*. Gyldendal Akademiske forlag

Høivik, Heidi von Weltzien (2007) Sikring av varslers rettssvern. Er det nok med lover og retningslinje?

<http://www.partnerforum.uio.no/aktiviteter/nettverk/etikk/Hoivik%20varsling%2016102007.pdf>

Irgens, Eirik J. (2007) *Profesjon og organisasjon. Å arbeide profesjonsutdannet*. Fagbokforlaget.

Kommunenenes Sentralforbund (2007) *Varsling Hvordan utvikle gode rutiner for varsling i kommuner og fylkeskommuner*. Kommuneforlaget. http://www.ks.no/upload/97381/Nettversjon_Lav_Varsling.pdf

Kotter, John P. (1998) "Leading Change. Why Transformation Efforts Fail." *Harvard Business Review in Change*. Harvard Business School Press.

Kvale, Steinar (2001) *Det kvalitative forskningsintervju*. Ad Notam Gyldendal. Oslo

Lauvås, Per og Handal, Gunnar (1990) *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Cappelen pedagogikkbøkerCappelen fakta

[LOV-2005-06-17-62](#) Arbeidsmiljøloven - aml. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). (2005-06-17)

[LOV-1999-07-02-64](#) Helsepersonelloven - hlspl. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). (1999-07-02)

MacIntyre, Alasdair (1985) *After Virtue. A Study in Moral Theory 2nd ed*. Duckworth Publishers. Kap 14

Martinsen, Kari (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe AS.

May, William F. (1995) "The Virtuous of the Business Leader" in *On Moral Business*. Classical and contemporary resources for ethics in economic life. ss 692 – 700.

Norsk Sykepleierforbunds (NSFs) yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007)

- Nylehn, Børre og Støkken, Anne Marie. (2002) *De profesjonelle*. Universitetsforlaget
- Olsvold, N. "Profesjonsetikk i helsereformens tid" *Sosiologi i dag* Årgang 33, nr 2/2003
- Orvik, Arne (2004) *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Cappelen Akademiske Forlag
- Plsek, P. and Garrett, S. Orlando IHI forum (2005) Oversatt av Trulte Konsmo og Michael de Vibe, GRUK. *Kartlegging av kulturelle mønstre i organisasjonen*.
http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/Kartlegging_av_kulturelle_monstre_i_organisasjonen.pdf 02.06.08
- Plsek, P. and Greenhalg, T. "Complexity science: The challenge of complexity in healthcare" *British Medical Journal* (2001) 323: 625-628
- Plsek, P. and Wilson, T "Complexity science: Complexity, leadership and management in healthcare organisations" *British Medical Journal* (2001) 323: 746-749
- Rosness, R. "Slank og sårbar? Om verdien av organisatorisk redundans" *Sintef rapport* (2001) STF38 AO1413
- Selznick, Philip (1997) *Lederskap*. Tano-Aschehoug, Klassikere.
- Skivenes, Marit, Trygstad, Sissel (2006) *Varslere. Om arbeidstakere som sier i fra!* Gyldendal Akademisk.
- Skivenes, Marit, Trygstad, Sissel (2007) *Kommunale lederes håndtering av alvorlige kritikkverdige forhold*. FAFO – rapport 2007:18
- Sosial- og helsedirektoratet "Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten". ... *og bedre skal det bli!* (2007) Veileder IS-1502
http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/SFK_Anbefalinger_web.pdf
- Swart, J., & Pye, A. (2002) *Conceptualising organizational knowledge as collective tacit knowledge (CTK) : a model of redescription* The Third European Conference on Organizational Knowledge, Learning and Capabilities held in Athens (5-6 April) 2002.
<http://www.tacitknowing.com/art.htm> 07.02.08.
- Sørensen, B.Å. og Grimsmo, A. (2004) *Arbeidsmiljø og integritet*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet (notat).
- Sørhaug, Tian (2004) *Managementalitet og autoritetens forvandling..* Fagbokforlaget.
- Aadland, Einar (2004) *Den truverdige leiaren*. Det norske Samlaget.

Vedlegg 1: Informanter søkes til et prosjekt i forhold til temaet:

Varsling av kritikkverdige forhold i helsevesenet. Hva kan bidra til å skape en åpen dialog i avdelingen om hva som er god og etisk forsvarlig praksis, der refleksjon, utvikling og læring er viktige elementer?

Litt informasjon om bakgrunnen for prosjektet, og hvordan det er tenkt gjennomført.

Varsling av kritikkverdige forhold i helsevesenet har vært belyst gjennom flere forskningsprosjekt de siste årene. Fokuset i denne studien er på de som av ulike grunner forholder seg tause i en organisasjon til tross for at de kjenner til kritikkverdige forhold. En forskningsrapport slår fast at 38 % av sykepleierne sier de kjenner til kritikkverdige forhold som har negative konsekvenser for pasienter, uten at de har meldt fra om det. Saker det varsles om og forhold det ikke varsles om viser seg også å være av samme karakter og alvorlighetsgrad (Munnkurvrapporten 2004).

Utfordringene i helsevesenet i dag er så komplekse at det er vanskelig å unngå feil. En del kritikkverdige forhold blir rapportert, men det er anslått at det er en betydelig underrapportering i alle deler av helsetjenesten, noe som hemmer det forebyggende arbeidet. Tilsynsmeldingen (2006) fra helsetilsynet poengterer at forbedringsarbeid og pasientsikkerhet i praksis er viktig for en helseinstitusjon. Gode meldesystem, enten de er åpne eller anonyme er nødvendige, men ikke nok for å bli en lærende organisasjon med fokus på kvalitetsutvikling. Det må også erfares at det er rom for dialog rundt hva som er god praksis, og hva som ikke er det.

Temaet ønsker jeg å belyse ved hjelp av intervjuer både fra **arbeidstakers perspektiv** og fra et **lederperspektiv**. Intervjuene vil være åpne slik at du som informant kan velge de innfallsvinklene du ser som nyttige i forhold til temaet. Spørsmålene som er stilt nedenfor er derfor bare veiledende.

- I forhold til den første kategorien søker jeg etter sykepleiere/ helsearbeidere som har erkjent at de kjenner til kritikkverdige forhold som de ikke har sagt i fra om til noen med ansvar og myndighet til å gjøre noe med problemet. Aktuelle spørsmålsstillinger vil være: Hva har innvirkning på valget om å *ikke* si i fra om kritikkverdige forhold, enten åpent eller anonymt? Hvilke refleksjoner og prosesser erfares i forbindelse med valget om en skal si i fra eller ikke? Å lytte til de som har vært i en slik prosess kan bidra til å øke vår forståelsen for hva som hindrer åpenhet og dialog om hva som er god

og etisk forsvarlig praksis i helsetjenesten. Det kan også være aktuelt å få høre historien til noen som opplever at de har en åpen og god dialog i avdelingen i forhold til å kunne si ifra om kritikkverdige hendelser.

- For å belyse lederperspektivet søker jeg informanter fra avdelingsledernivå som kan bidra i forhold til hvordan de oppfatter organisasjonskulturens betydning for forbedringsarbeid. Aktuelle spørsmål vil være: Hvordan håndteres meldinger om feil og kritikkverdig praksis i avdelingen? Hvilken rolle og funksjon har du som mellomleder i forhold til utviklings- og forbedringsprosesser? I hvilken grad opplever du rolle- og lojalitetskonflikter i forhold til saker om kritikkverdige forhold som du får meldt, og hvordan har disse vært forsøkt løst?

Jeg tror at de fleste som har arbeidet noen år kan bidra i forhold til dette temaet, og jeg håper å få kontakt med mange som har små eller store erfaringer innenfor dette området. **Hvis du ønsker å være informant kan du ta kontakt pr brev, e-post eller telefon.**

Praktisk informasjon i forbindelse med deltagelse i prosjektet.

Vi blir sammen enige om tid og sted for intervjuet. Jeg bruker båndopptaker, og tar notater underveis i intervjuet. Opptakene vil bli slettet innen juni 2008. Du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Opplysningene du gir vil bli behandlet konfidensielt. Det vil bl.a. ikke bli brukt navn, kjønn, alder eller arbeidssted i rapporten. De som intervjues vil være fra forskjellige arbeidssted i landet og fra ulike yrkesgrupper.

Forskningsprosjektet er min masteroppgave i Profesjonsetikk ved Universitetet i Oslo.

Veileder er professor Knut W. Ruyter. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste A/S.

Vennlig hilsen
Sølvi Røsvik Vågen,
Torvmyrveien 20
6020 Ålesund

Telefon: 480 53 510

e-post: sva @hials.no

Vedlegg 2: Intervjuguide, avdelingsledere.

1. Personlige erfaringer med saker som de ansatte eller pasienter har meldt til deg. Rutiner for avvikshåndtering i avdelingen.
2. Risikovurdering av egen avdeling (fare for teknologisk svikt, menneskelig svikt, systemsvikt, manglende samhandling o.a.), og hvordan fungerer intern kontroll, kvalitetssystemer og forbedringsarbeid i forhold til dette?
3. Din rolle som avdelingsleder i forhold til å sikre en faglig og etisk forsvarlig praksis i avdelingen. Etisk forsvarlig standard er en betegnelse vi ofte møter på.
 - a. Hva legger du i dette?
 - b. Snakker dere om hvordan dere skal forstå dette begrepet på din avdeling?
 - c. Hva opplever du som den største utfordringen i å skulle sikre at avdelingen din holder en faglig og etisk forsvarlig standard?
 - d. Signaliserer du klart til de ansatte hvilken faglig standard du forventer?
 - e. Opplever du sprik mellom det du og de ansatte mener er etisk forsvarlig praksis?
4. Forventninger til de ansatte, og grad av involvering fra de ansatte i å sikre en faglig og etisk forsvarlig praksis.
 - a. Hvilke etiske dilemmaer ser du i din avdeling?
 - b. Kontinuerlig forbedringsarbeid
 - i. På hvilke områder er det størst fare for svikt ved din avdeling slik du oppfatter det?
 - ii. Hva gjøres for å forebygge svikt på dette området?
 - iii. Hvem er involvert i dette arbeidet, og på hvilken måte? (systemnivå og individnivå) (brukere, ansatte, studenter, øverste ledelse, politisk nivå)
 - iv. I hvilken grad og på hvilken måte deltar de ansatte i forbedringsarbeidet. Verdsettes og prioriteres dette arbeidet (hvordan signaliseres det i så fall til de ansatte)
 - v. Er det avviksmeldingene som er det viktigste utgangspunktet for forbedringsarbeid eller er det andre vurderinger som gir grunnlag for forbedringsprosesser i avd.?
5. Hvordan opplever du din egen kompetanse til å drive kontinuerlig forbedringsarbeid, og hva trenger du for å øke din kompetanse på området? (opplæring, støtte fra andre ledere og overordna, endret organisering, m.m.)
6. Forbedring forutsetter endring, og grunnlaget for kontinuerlig forbedring er å utvikle kunnskap og læring ved å koble teori og praksis.
 - a. Hvordan kartlegges behovet for ny kunnskap i avdelingen, - blir pasienter/brukere involvert?
 - b. Utvikling av ny kunnskap i avdelingen, - hvordan skjer det?
 - c. Hvilke erfaringer har du med å gjennomføre endringer
7. Rom for diskusjon/refleksjon/dialog i avd. i forbindelse med avvikshåndteringen.
 - a. Hva mener du er styrken og svakheten i avvikssystemet i forhold til å skape en dialog? Hvordan kan du bidra til dialog.
 - b. Hva mener du hemmer og hva fremmer dialogen i avdelingen i forhold til hva som er god praksis?